WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ
DOC. DR. A. WOJCIECHOWSKIEGO

STYCZEŃ
ROK IX.
ZESZYT I

WARSZAWA 1935 R.

ROK IX. WARSZAWA 1935 STYCZEŃ ZESZYT I

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA.

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego.

PRACE ORYGINALNE

Leczenie kokluszu neopancarpiną.

PODAŁ

DR. MED. MIECZYSŁAW LEWIN.

Lekarz chorób dzieci.

(Częstochowa, Al. Wolności 11. Tel. 772).

Brak wiary w leki stosowane przeciw kokluszowi, tak rozpowszechniony w społeczeństwie („na koklusz niema lekarstwa"), udziela się i lekarzom. W obecnym stanie rzeczy lekarz praktyk z uzasadnionym sceptycyzmem odnosi się do tak licznych metod i leków, szczepionek, surowicy, pendzlowań i wziewań, kładąc w leczeniu kokluszu większy nacisk na ogólne wskazówki hygjeniczne i stan odżywienia pacjenta. Jeszcze trudniejszą jest walka z tem przewlekłem i groźnem cierpieniem wieku dziecięcego dla lekarza Ubezpieczalni Społecznej, a to ze względu na zły stan odżywienia, zmniejszoną odporność na schorzenie, złe warunki mieszkaniowe i hygieniczne, uniemożliwiające wykorzystanie leczniczego wpływu świeżego powietrza (nie mówiąc już o „2 pokojowym systemie Heubnera", wyjazdach za miasto, popularnej „zmianie powietrza").

Brak dostatecznej opieki (matka pracuje w fabryce) uniemożliwia stosowanie środków narkotycznych — w rezultacie nawet koklusz niepowikłany trwa w przeważającej ilości przypadków ponad 10 tygodni, — w przypadkach cięższych — szereg miesięcy, powodując znaczne wyniszczenie organizmu a liczby statystyczne wykazują, że śmiertelność w kokluszu przewyższa odnośne liczby w odrze, płonicy i błonicy.

W tych warunkach po wypróbowaniu bardzo licznych metod swoistych i nieswoistych (— za wyjątkiem injekcyj domięśniowych eteru) rozpocząłem z wiosną r. 1930 — próby leczenia kokluszu Neo Pancarpiną. Wyniki uzyskane skłoniły mnie do zarzucenia wszelkich innych metod. W większości wypadków — wymioty po upływie 1 — 2 dni ustępowały zupełnie, napady stawały się znacznie lżejsze i rzadsze, łaknienie poprawiało się, i wcią-



gu 3 — 4 tygodni pacjent powracał do zdrowia.

Doskonale znoszony przez dzieci, lek ten, szybko powodował poprawę samopoczucia i zwiększenie wagi. Podkreślam, że w żadnym wypadku nie ordynowałem leków pomocniczych.

Obecnie oceniając krytycznie wyniki doświadczeń r. 1930 — 1934, uważam, że spostrzeżenia moje są dostatecznie objektywne, a ilość obserwowanych przypadków zupełnie wystarczająca do opublikowania wniosków.

Rezygnując z podawania historji choroby wypadków niemal identycznie przebiegających, przytoczę opis typowego przebiegu.

1) Jurek D.: 6 lat 3 mies. Objawy skazy wysiękowej. Kaszle od 2 — 3 tygodni przeważnie nocą. Pomimo stosowania leków kaszel wzmaga się z dnia na dzień — napady stają się cięższe i częstsze, występują wymioty od kilku dni. Utrata łaknienia — ogólne wyczerpanie.

Ciepłota ciała nie przekracza 37°.

W czasie badania — typowy napad.

W płucach zmiany typowe dla kokluszu.

W 24 godziny po podaniu Neo Pancarpiny — wymioty już tylko 2 razy — następnego dnia 1 raz. Następnie wymioty ustąpiły zupełnie.

Liczba i natężenie napadów zmniejszyły się szybko. Poprawa łaknienia — przyrost na wadze. Po upływie 3 tygodni zupełne wyleczenie.

W 2 przypadkach infekcji mieszanej (Janusz M. 14 mies. koklusz i płonica, Jurek P. 5 lat, koklusz i ospa wietrzna) — przebiegających zresztą bez wyraźnego wpływu wzajemnego obu zakażeń na siebie, — działanie Neo Pancarpiny było również efektowne i szybkie.

Charakterystycznym dla szybkiego działania Neo Pancarpiny jest przypadek następujący:

Staś E., lat 7 — otoczenie neuropatyczne.

Po 2 dniach stosowania Neo Pancarpiny — matka zgłasza się „zaniepokojona zbyt szybką poprawą“, „czy to aby napewno jest koklusz“.

Zaleciłem tytułem próby — wstrzymać przez 24 godziny podawanie Neo Pancarpiny.

Nazajutrz matka telefonuje płaczliwie, że w nocy dziecko miało kilkanaście bardzo ciężkich napadów.

Dalszy przebieg — przy ponownem zastosowaniu Neo Pancarpiny b. lekki i bez powikłań; przytoczę jeszcze przypadek kokluszu — pozornie oporny na działanie Neo Pancarpiny.

Irenka Fr. — leczona Neo Pancarpiną od 2 tygodni, zgłasza się z powodu zupełnego braku efektu leczniczego. Z wywiadów wynika, że środek ten stosowany był w dawce niedostatecznej.

Po zastosowaniu dawki odpowiedniej — bardzo szybka poprawa.

Dawki zalecane przez Frenklową w monografji „Krztusiec, jego przebieg kliniczny i leczenie“ nie są wystarczające u dzieci starszych. Dawkowanie musi być indywidualne.

Skuteczną jest dopiero ta ilość kropel, po której dziecko poci się lub też ślini się.

Wobec tego należy dawkować, poczynając od kilku kropel, zwiększając po 1 kropli aż do wywołania reakcji. Podawać należy Neo Pancarpinę z niewielką ilością wody z sokiem 4 razy dziennie — po jedzeniu — następnie dziecko winno leżeć przez ½ godziny.

W niektórych przypadkach po upływie kilku dni można ostrożnie zmniejszać dawkę, — stale jednak mając na uwadze konieczność uzyskania reakcji (poty, ślinotok). Przeciętnie u dzieci młodszych 1 flakon Neo Pancarpiny wystarczy na kurację.

Powikłań w przypadkach kokluszu leczonych Neo Pancarpiną — za wyjątkiem kilku lekkich nieżytów oskrzeli — nie stwierdziłem ani razu.

Bliźnięta w mitologji i w pojęciu ludów niecywilizowanych.

Podał.
Dr. DYONIZY HELLIN.
Profesor Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Sprawa bliźniąt, wobec stosunkowo częstych porodów bliźniaczych (przeszło 1% porodów zwykłych), zajmowała mózg ludzki już od najdawniejszych czasów. Nietylko starożytna, lecz i nowożytna literatura piękna (powieści, romanse i komedje) często poruszały ten temat. Istnieje przeszło 100 utworów poetyckich w rozmaitych językach europejskich, których tematem są bliźnięta — poczynając od Plaûta po przez Szekspira w jego „Comedy of errors" aż do czasów najnowszych. To też warto przyjrzeć się bliżej, jak się ta rzecz przedstawiała w pojęciach ludów starożytnych i jak sobie ją wyobrażają ludy niecywilizowane.

Zarówno w mitach greckich, jak i rzymskich spotykamy się z całym szeregiem bliźniąt. Na przedni plan wysuwają się t. zw. dioskurzy („pachołkowie Zeusa") — Kastor i Pollux (Polydeukes). Zrodzili się oni z jednego jajka Ledy, która jednej nocy połączyła się ze swym małżonkiem Tyndareosem, królem Sparty, i z bogiem nieba Zeusem. Bliźniacy ci walczyli z drugą parą bliźniąt, Apharetidami (Idasem i Lynkeusem), o narzeczone i o stada wołów; w walce tej Idas zabił Kastora, Pollux zaś zabił za to Lynkeusa, a Idasa zabił piorunem Zeus. Kastor uległ śmierci, jako syn człowieka, natomiast Pollux jako syn boga, był nieśmiertelny. Dioskurzy ci byli patronami gimnastyki — Kastor jako szybkobieg, Pollux jako bokser.

T. zw. dioskurzy tessalijscy — Amphion i Zethos — byli bliźniętami zrodzonymi z Antiopy. Ojcem pierwszego był Zeus, a ojcem drugiego Epopeus. Na legendzie o bliźniętach zrodzonych z Alkemene Heraklesie, (którego ojcem był Zeus), i Iphelisie, (którego ojcem był Amphitrion), oparł Plaut swą komedję p. t. Menaechni (bliźnięta).

Mity greckie podają jeszcze bliźniaków Aiotosa i Boiotosa, synów Poseidona i Menalippy; Minosa i Rhadamantisa, syna Zeusa — wszędzie on! — który zjawił się ich matce Europie, w postaci byka (Rhadamantis ożenił się z wyżej wymienioną Alkmeną); Apollina i Artemidę; Boreasza i Zefira. Wreszcie wspominają mity o Idasie i Otisie.

N i e p o r o z u m i e n i a bywały nietylko między rozmaitemi parami bliźniąt, jak np. między wymienionymi wyżej Kastorem i Polluxem z jednej a Lynkeusem i Idasem z drugiej strony, lecz nawet między jedną i tą samą parą bliźniąt np. między Idasem i Lynkeusem, między Otisem i Ephialtesem, Skellisem i Kassamenisem, gdzie w obydwóch przypadkach jeden brat zabija drugiego. Dwaj bliźniacy, synowie Tyrony, Pelias i Neleus, których ojcem był Posejdon, wychowani zostali przez pastucha, lecz później Pelias przepędził Neleusa. Synem tego Neleusa był Nestor, którego imię własne nabrało później znaczenia pospolitego.

Również podania rzymian starożytnych mówią o nieporozumieniach między bliźniętami, jak np. między założycielami Rzymu, Romulusem i Remusem, mianowicie o to, od imienia którego z nich miało otrzymać nazwę założone przez nich miasto Sprawę tę rozstrzygnęli augurzy drogą wróżby. Romulus i Remus byli, według mitów, synami Marsa, wyobrażanego początkowo jako bóg piorunów i nieba, nim został on bogiem wojny. Romulus zabija Remusa w walce o pierwszeństwo. Natomiast Romulus nie umarł, lecz, według podania, znikł wśród burzy, wzniósłszy się na niebo, skąd był przyszedł.

Także w podaniach innych narodów bliźnięta są z sobą w niezgodzie. Między Ormuzdem i Ahrimanem trwa wieczna walka, walka światła z ciemnością, dobrego ze złem. Również Esaw i Jakób są to przedstawiciele dwóch przeciwnych zasad — dobrego i złego. Kłócili się oni już w łonie matki. Esawa identyfikują z Usöosem, bogiem polowania (według Philona

z Byblos), Jakób jest obrońcą kultury, prowadzi on spokojny żywot pastucha, mieszkając w namiocie. Tak ich przedstawia biblja. Niektórzy są zdania, że Kaina i Abla również należy uważać za bliźnięta. Butes, bliźniak Lykurgos'a, popełnia samobójstwo. W podaniach anglosaskich Hodur zabija Baldura gałązką rośliny.

Przeciwieństwo bliźniąt wyraża się także pod innymi względami. Podczas gdy jedna harpynja jest ładna, siostra jej bliźniacza jest odstraszająco brzydka. Zefir jest delikatny, Boreasz zimny, lodowaty. Amphion, grą swą na lirze rozmiękczający kamienie, jest śmiertelny, a głupi Zethos nieśmiertelny. Tak samo śmiertelny jest Kastor, podczas gdy bliźniak jego, Pollux, jest nieśmiertelny. W legendach anglosaskich Hödur (Hotherus) jest ślepy, wstrętny, Baldur ma wzrok normalny i miłą powierzchowność.

W legendach tych jaskrawo występuje różnica między bliźniętami i to między bliźniętami jednej płci, podczas gdy w rzeczywistości bliźnięta wykazują zwykle dużo cech wspólnych. Tłómaczy się to przeciwieństwo pojęciami ludów starożytnych o pochodzeniu bliźniąt od dwóch ojców, często przytym od ojców o charakterze tak odmiennym jak bóg lub siły niebieskie, człowiek a nawet zwierzę.

Również niektóre dzikie narody przypisują przyczynę powstawania bliźniąt temu, że każde z nich ma innego ojca. W Guajanie angielskiej indjanie szczepu Essequibos przypisują ojcostwo jednego z bliźniąt właściwemu mężowi ich matki, drugie zaś bliźnię uważają za syna Kanaima (czarodzieja). Przed zawojowaniem tego kraju przez anglików palili oni bliźnięta wraz z matką, jej sprzętami i chatą. To była kara za cudzołóstwo, w którym się oni dopatrywali przyczyny urodzenia bliźniąt. Również niektóre ludy afrykańskie, gdzie nie sięgnął jeszcze wpływ europejski, każą swym „czarodziejom" zabijać bliźnięta. W Kalabarze (w Gwinei afrykańskiej) matkę bliźniąt wraz z bliźniętami wypędzają do osiedli, gdzie muszą one spędzać resztę swego życia. U szczepu Ba-Ronga z nad zatoki Delagoa w południowo-wschodniej Afryce, nie zabijają wprawdzie bliźniąt, lecz obsypują je wraz z matką śmieciami. Póki ceremonja ta się nie skończy cała ludność musi się powstrzymać od robót w polu, aby nie narazić się na gniew nieba.

Większość ludów pierwotnych uważa urodzenie się bliźniąt za zjawisko tajemnicze, powstające z przyczyn nadprzyrodzonych, magicznych, a bliźnięta, za istoty boskiego pochodzenia. Wspomniane wyżej plemię Ba-Rong wierzy w to, że niebo stwarza bliźnięta, tak jak stwarza pioruny i śmierć. Matkę bliźniąt nazywają tam Tilo t. j. niebem, a dzieci jej uczestniczą w potędze nieba.

Także w starożytnym Peru uważano bliźnięta i ich matkę za świętych („huaca") i obnoszono je wśród tańczących i śpiewających hymny chwalebne tłumów ludu. Jedno z bliźniąt uważane było za syna boga piorunów.

W Indjach holenderskich galarezi sądzą, że jeśli kobieta zje dwa banany, wyrosłe na jednej łodyżce, to urodzi bliźnięta.

Ta okoliczność, że bliźnięta występują tak obficie w mitach greckich, jak również ich powinowactwo z bóstwami dowodzą, że starożytni grecy przypisywali bliźniętom duże znaczenie i że sprawa ta silnie zajmowała ich wyobraźnię. Ponieważ bliźnięta uważano za dzieci nieba lub piorunów, wogóle światła pochodzącego z nieba, to też utożsamiano je często z gwiazdami podwójnemi, jak o tym świadczy konstelacja Kastora i Polluxa. Jako dzieciom pioruna i burzy, przypisywały podania bliźniętom władzę nad burzą zarówno na suszy, jak i na morzu. Stąd wezwania i modły do nich marynarzy, im też przypisywano zjawisko świetlne znane pod nazwą światła św. Elmy (św. Erazma, patrona marynarzy romańskich). Gdy ukazywało się podwójne światełko, jako zjawisko na tle wyładowania elektryczności w atmosferze, nazywano je imieniem dioskurów, natomiast jeden płomyk uważano za nieszczęśliwy prognostyk i przypisywano to siostrze dioskurów, Helenie.

Pojęcie o pochodzeniu bliźniąt od bóstwa istniało i u innych narodów, np. u starożytnych hindusów. W ich Wedach bliźnięta Nakuli i Sahadeva czczone były jako bogowie zrodzeni z innych świętych bliźniąt, Asvinów (jeźdźców niebieskich), nazywanych także Dîvas Napâtâ t. j. synami światła niebieskiego, z których jeden był bohaterem, a drugi bogiem. Wystarczyło, by matka ich pomyślała tylko o tych jestestwach boskich, aby się one z nią połączyły i spłodziły w jej łonie te dwie postaci.

Tak jak dioskurów uważano za lekarzy, którym podlegają także święci bogowie, nawet Asclepias, również aświni według Wedów są lekarzami i leczą nawet bogów. To podobieństwo legend świadczy o tym, że pewne narody przejęły je od innych.

O legendach tyczących się bliźniąt wśród mieszkańców Sachalinu, ajnów, pisał Bronisław Piłsudski, brat obecnego Marszałka.

Również ludy z nad Delty Nigru przypisują ojcostwo bliźniąt potędze nadludzkiej i sądzą, że bliźnięta przynoszą nieszczęście. Natomiast u plemion Tombo i Matolo, u Hererów, u Ekoi i Garangów z grupy Yomba w Gabonie francuskim i u matajów urodzenie się bliźniąt uważane jest za szczęście. Cała ludność cieszy się z tego powodu, rodzice zaś tych bliźniąt muszą zachować milczenie w ciągu kilkunastu dni, a każda rodzina musi im złożyć podarunek wzamian czego otrzymuje od nich błogosławieństwo.

Starożytni grecy i rzymianie, nie wiedząc czy mają się cieszyć, czy smucić z urodzenia bliźniąt, zdawali je, według mitów, na łaskę i niełaskę nieba. Albo ono je utrzyma, albo da im zginąć. To też porzucano dwojaczki na jakimś pustkowiu. Gdy niebo chciało utrzymać je przy życiu, posyłało im jakiegoś zbawcę: Aiotos i Boiotos zostali wykarmieni przez krowę, Peliosa i Neleusa wykarmiła kobyła, a Romulus i Remus, porzuceni na brzegu Tybru, byli wykarmieni przez wilczycę.

Antiope, matka dioskurów messeńskich, dostała się do niewoli i goniona w czasie ucieczki, zmuszona była porzucić swe bliźnięta. Znalezione przez pastuszków, zostały one przez nich wychowane. Wspomieliśmy wyżej, że niektóre narody dzikie, jeszcze dziś wypędzają ze wsi matkę wraz z bliźniętami, jest więc zrozumiałe, że zwyczaj ten odbił się także i w legendach.

Czy bliźnięta są szczęściem czy nieszczęściem dla rodziców? Należy przypuszczać, że raczej tem drugiem. Bo i poród przedstawia tu więcej niebezpieczeństwa dla matki i śmiertelność bliźniąt jest o wiele większa niż przy porodach pojedyńczych, i wychowanie jednocześnie zrodzonych dzieci jest bardziej kłopotliwe. A ponieważ skłonność do rodzenia bliźniąt jest bardzo często dziedziczna, zabijanie więc bliźniąt zmniejszyło z biegiem czasu liczbę porodów bliźniaczych.

Nietylko bliźnięta, lecz i trojaczki występują w legendach, naturalnie o wiele rzadziej, bo też trojaczki rodzą się o wiele rzadziej niż bliźnięta. Cicero mówi (De natura deorum, ks. III, rozdz. 21 i 53) o tergeminach, a Pauzaniasz (III, 24, 24) wspomina o trzech młodzieńcach bliźniaczych, zrodzonych z Zeusa, wyobrażanych często na statuach, bądź w postaci ludzkiej, bądź końskiej. Charity przedstawiane są bądź jako bliźnięta bądź jako trojaczki. — Nie zawsze jednak istnieje między bliźniętami antagonizm. Spotykamy się także z objawami wzajemnej s y m p a t j i bliźniąt, szczególnie wśród bliźniąt płci rozmaitej: u hindusów Yama (bóg śmierci) i Yami, w Egipcie Izis i Oziris pałają ku sobie pełną poświęcenia namiętnością i już w łonie matki są małżonkami. Chińskie bliźnięta w kulcie Taoku są genjuszami jedności i harmonji — „ho-ho-örl-schön".

Tak jak grecy zaklinali się na dioskurów, również plemie Ba-Ronga zaklina się na bliźnięta.

W legendach greckich przeważają bliźnięta jednakowej płci, mianowicie męskiej, mity irańskie mówią również o bliźniętach płci męskiej: o Ormuździe i Ahrimanie. Natomiast w Egipcie mit tyczy się bliźniąt różnej płci. Są to Izis i Oziris, która została żoną swego bliźniaka. W Persji występują bliźnięta Jimek i Jima, u bakairów w Brazylji Keri i Kame, u greków i rzymian Jupiter i Junona, Janus i jego małżonka i bliźnię razem — jak widzimy są to bliźnięta płci różnej.

Uderzające jest, że często bliźnięta przedstawiane sa w legendach jako p o c h o d z ą c e o d z w i e r z ą t. Być może, że miało tu wpływ spostrzeżenie, iż większość zwierząt mają porody mnogie. W legendach tych występują jednak bardzo często konie, a u nich porody mnogie są o wiele rzadsze niż u ludzi. Być może odgrywa tu rolę sprawa stanowienia ogierów po kilkanaście razy zrzędu, jako objaw siły rozrodczej. Wiadomo, że w rozmaitych krajach czczono zwierzęta jako bogów (wół Apis, słoń, ptak i tp.), a często bliźniętom przypisywano pochodzenie boskie.

W legendach o bliźniętach mamy więc do czynienia z łączeniem jestestw ziemskich (ludzi i zwierząt) z jestestwami niebieskiemi, zarówno z zoomorfizmem jak i z antropomorfizmem — z wyobrażaniem

sobie zwierząt jako bogów lub ludzi. Zoomorfizm jest więc odpowiednikiem kultu zwierząt.

Jak podaje już księga Mahabharata Adiparvan z roku 2559 przed Nar. Chr., matka aświnów miała postać kobyły. Słowo aśva, oznacza „koń", liczba podwójna brzmi aśvinan i odpowiada łacińskiemu equini.

W Babilonie odtwarzano bliźnięta w tablicach rytualnych i wzywano je w modlitwach i zaklęciach w postaci koni.

Boreasz i Zefir pożenili się z siostrami bliźniaczkami (harpje), a te zrodziły konie. Dioskurów wyobrażano zawsze konno (u francuzów: dieux cavaliers) lub jako młode białe źrebięta Zeusa. Kastor i Polydeukas, jak również Idas i Lynkeus biorą za żony Leukippidy względnie Charity t. j. kobiety pochodzące od jeźdźców na białych koniach. Zeus, jako ojciec bliźniąt Minosa i Radamantisa, zjawił się ich matce, jak już zaznaczyliśmy, w postaci byka.

Dioskura messeńskiego, Lynkeusa, identyfikują, ze względu na jego bystry wzrok, z wilkiem (λὑγξ oznacza rysia), zaś mężem Antiope a ojcem bliźniąt Alraden był Lykos (oznacza: wilk).

Również epitet Apollina „Lyketos" znaczy „wilczy". Także Leto, matka Apollina i Artemidy, przybiera postać wilczycy.

Pauzaniasz opowiada o bliźniętach zrodzonych z Demeter Eriange, z których jedno było koniem (Arion), a drugie dziewczynką (Persepone). Gorgone Meduza urodziła bliźnięta, z których jedno miało postać ludzką (Chrisaor) a drugie postać konia (Pegasus).

Legendy anglosaskie mówią o bliźniętach — bohaterach: Hengist (niem: Hengst ogier) i Hörsa (ang. horse = koń), a mitologja litewska wspomina o bliźniakach (déva déli dévo sunêla), przypominających aświnów hinduskich, którzy przyfruwają na swych rumakach, aby starać się o rękę córki słońca.

Mitologja rosyjska mówi o bliźniętach — bohaterach — Waligórze i Wyrwidębie, urodzonych w lesie. Jeden z nich wykarmiony został przez wilczycę a drugi przez lwicę.

Bliźniaków Apollina i Kyknosa wyobrażało sobie jednocześnie w postaci człowieka i łabędzia.

Aśvini przedstawiani są jako ludzie i jednocześnie jako łabędzie, podobnie jak walkyrje germańskie, które zjawiają się w postaci łabędzi, lecz zrzucają później postać łabędzią, przyjmując postać kobiet.

Bliźnięta, od których pochodzili królowie Sparty, byli potomkami syna Heraklesa, zwanego Κνής - ἵππος — właściciel koni.

Rhea Sylvia, matka Romulusa i Remusa, wepchnięta została przez wilki do jaskini Marsa, z którym się tam połączyła. Mars uchodził za władcę i obrońcę wilków. Romulusa i Romusa wykarmiła wilczyca.

Ciekawe jest podanie o tym, że w Sparcie panowały dwa domy królewskie, wywodzące ród swój od bliźniąt Eurystenesa i Prokleusa, synów Aristodema, którzy połączyli się z porwanemi przez nich siostrami — bliźniętami Laothrisą i Anaxandrą.

Także historja rzymska mówi o podwójnych królach, a później o podwójnych konsulach w Rzymie.

Często też bliźnięta występują jako założyciele nowych miast: Rzym założony został przez Romulusa i Remusa, a Teby przez bliźniaków Amphiona i Zethosa, o których była mowa wyżej.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Choroby powstające z powodu siedzącego trybu życia (Les maladies de la sedentarité. Marcel Labbé.

Presse Médicale. Nr. 93. 1934.

Na tle siedzącego sposobu życia powstają różne cierpienia, z których najbardziej znanemi są otyłość, cukrzyca, zaparcie przewlekłe, guzy krwawnicowe. Jednakże zaburzenia ustrojowe idą znacznie głębiej gdyż z powodu braku ruchu cierpią wszystkie tkanki i wszystkie narządy, uszkodzone są wszystkie czynności fizjologiczne, zniesiona jest bowiem równowaga procesów odżywiania i przemiany materji. Procesy odżywiania są wtedy w równowadze, gdy ilość spożytych pokarmów odpowiada wydatkom energetycznym ustroju; gdy wydatki energetyczne się zmniejszają, a odżywianie pozostaje niezmienione, odkładają się w ustroju zapasy tłuszczowe. Otyłość, rozwijająca się z powodu siedzącego sposobu życia, zaznacza się rozwojem tkanki tłuszczowej głównie w okolicy siedzeniowej, podczas gdy przy otyłości ludzi, jedzących dużo, tkanka tłuszczowa odkłada się więcej w okolicy brzucha. Otyłość z powodu braku ruchu jest mniej niebezpieczna, niż otyłość smakoszów i żarłoków, która pociąga za sobą rozwój takich chorób jak dna, cukrzyca, kamica nerkowa, choroby wątroby, nadciśnienie tętnicze, chorobę Brighta. Jeżeli siedzący tryb życia łączy się z nadmiernem odżywianiem, wtedy prędko rozwijają się już opisane typy otyłości i wspomniane postacie chorobowe. Brak rozwoju mięśni jest pierwszym następstwem siedzącego trybu życia, mięśnie rozwijają się bowiem tylko wtedy, gdy człowiek pracuje, gdyż zdolność zatrzymywania w ustroju ciał azotowych związana jest z pracą fizyczną Przy zupełnym spokoju ciała azotowe przechodzą przez ustrój niezatrzymywane, nadmierne odżywianie azotowe nie wpłynie na zatrzymanie choćby jednego grama białka w ustroju Odwrotnie, doświadczenia *Chittendena* wykazały, że jeżeli nawet ciała azotowe są ograniczone w odżywianiu, to codzienne ćwiczenia ruchowe wpłyną na zatrzymanie białka i na rozwój mięśniowy. Czynność stwarza w tym przypadku narząd. Autor przytacza przypadek leczenia odchudzającego, w którem chory, tracąc 22 kg. wagi, zyskał, jak to wykazało obliczenie bilansu azotowego, 3 kg. mięśni.

Następstwa siedzącego trybu życia są różne u dziecka, osoby dorosłej i starców. Najbardziej niebezpiecznym jest siedzący tryb życia w okresie wzrostu, a więc u dzieci. Mieśnie nierozwijają się, pozostają cienkie i wiotkie. Dziecko takie jest słabe, ledwo się może na nogach utrzymać, jak to się widzi u dzieci zmuszonych do dłuższego pobytu w łóżku z powodu różnych chorób, albo też, w mniejszym stopniu, u dzieci nie zażywających ruchu.

U człowieka dorosłego głównym następstwem siedzącego trybu życia jest otyłość.

U ludzi starszych siedzących tryb życia przyspiesza starzenie się ustroju i wystąpienie objawów charłactwa.

Siedzący tryb życia atakuje wszystkie narządy, przedewszystkiem jest on jednak szkodliwy dla stawów, które dla utrzymania swej sprawności wymagają odpowiedniego ruchu, przemawiają za tem przypadki zesztywnienia stawów unieruchomionych. Rozwój kości cierpi również z powodu bezruchu, u ludzi ćwiczących się kości są cięższe i lepiej rozwinięte. Ćwiczenie wpływa w dużym stopniu na rozwój narządu oddechowego, pod wpływem ćwiczenia bowiem rozwija się klatka piersiowa, powiększa się jej ruchomość, powiększa się pojemność życiowa płuc, człowiek przyzwyczaja się do dobrego, głębokiego oddychania. U osób nie ćwiczących się klatka piersiowa jest słabo rozwinięta, płuca zatracają swą elastyczność, krążenie krwi i oddychanie jest upośledzone, wytwarza się powoli typ ludzi niewystarczalnych oddechowo, niezdolnych do pracy i do służby wojskowej Brak ruchu działa na narząd trawienia w sposób potrójny: wywołuje brak apetytu i upośledza wobec tego odżywianie, nie rozwija mięśni brzusznych, prowadząc do opadnięcia trzew, wreszcie wywołuje pewne upośledzenia gładkich mięśni żołądka i jelit, których rozwój stoi w związku z rozwojem mięśni brzusznych. Następstwem tego jest nietylko opadnięcie trzew, ale rozszerzenie żołądka, zaparcie przewlekłe, wreszcie zatruwające życie przewlekłe dyspepsje.

Ponieważ zauważono, że kobiety wiejskie łatwiej rodzą od kobiet miejskich można przypuszczać, że i rozwój macicy stoi w pewnym związku z rozwojem mięśni.

Ruch działa pobudzająco tak na krążenie krwi, jak i na krążenie chłonki. Przy bezruchu występuje ochłodzenie, zasinienie i pewne obrzmienie dolnych części ciała, będące wyrazem zastoju krwi: chłonka, znajdująca się we wszystkich szczelinach tkankowych, zalega również, jeżeli energiczne ruchy mięśniowe nie zmuszają jej do krążenia. Na tle zastoju chłonki wypadają w tkankach chorych na dnę złogi kwasu moczowego; soli wapnia, cholesteryny u starców. Wszystkie te złogi wypadają głównie w tkance włóknistej i chrząstkowej, która zresztą jest najmniej ukrwiona.

Opierając się wreszcie na spostrzeżeniach, które wykazały, że podstawowa przemiana materji jest zwolniona w czasie snu, a więc zupełnego spokoju fizycznego, zastanawia się autor, czy nie jest ona także zwolniona u osób, prowadzących siedzący tryb życia. Autor z naciskiem podkreśla, że szczególnie lekarze i wychowawcy powinni posiadać doskonałe zrozumienie niebezpieczeństwa siedzącego trybu życia, i dążyć do tego, by wychowanie fizyczne znalazło przynależne sobie miejsce obok wychowania umysłowego.

Leczenie gruźliczych krwotoków płucnych podskórnemi wstrzykiwaniami tlenu. (Traitement des hemoptysies tuberculeuses par les injections sous-cutanées d'oxygene). A. Courcoux.

Presse Medicale. Nr. 53. 1934.

Autor zastosował w 34 przypadkach krwotoków płucnych na tle gruźliczem podskórne wstrzykiwanie tlenu. W 25 przypadkach pomimo, że tlen był jedynym zastosowanym środkiem nastąpiło zatrzymanie krwawienia, nieraz bardzo obfitego. W 6 przypadkach należało w ciągu kilku dni powtarzać wstrzykiwanie tlenu dla otrzymania wyniku, w 7 przypadkach wynik wstrzyknięcia był ujemny. Technika wstrzyknięcia jest bardzo prosta. Wstrzykuje się 300 — 600 cm³. tlenu pod skórę klatki piersiowej możliwie po tej stronie, z której zdaje się pochodzić krwawienie. Chorzy znoszą zabieg bardzo dobrze, uspakajają się szybko, zabieg zdaje się działać korzystnie i na stan ogólny chorych. Wstrzykiwania tlenu działają naogół korzystnie na krwotoki towarzyszące t. zw. „poussée evolutive", ich działanie jest mniej wyraźne przy krwotokach gruźlicy włóknistej.

Zapalenie nerek w przebiegu kiły wtórnej. (Les nephrites de la syphilis secondaire). Tzanck, Jammet, Negreanu.

Bull. et de la .Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Nr. 22. 1934.

Zapalenie nerek w przebiegu kiły wtórnej daje się dość łatwo rozpoznać dzięki swemu obfitemu białkomoczowi i obrzękom, leczenie natomiast tego stanu chorobowego jest trudne do ustalenia. Poprawa następuje bowiem albo wskutek dietetycznego leczenia sprawy nerkowej, albo dzięki leczeniu przeciwkiłowemu, albo wreszcie wskutek tego leczenia właśnie występuje pogorszenie stanu chorobowego. Wnioski autorów pochodzą ze spostrzegania kilku przypadków, w których sprawa nerkowa na tle kiłowem wystąpiła przed zastosowaniem jakiegokolwiekbądź leczenia, albo też ukazała się dopiero po rozpoczęciu leczenia. Nieraz, jak wynika ze spostrzeżeń autorów, zapalenie nerek kiłowe poprawia się jedynie pod wpływem leczenia dietetycznego; w innych przypadkach mimo wyraźnych objawów ze strony nerek leczenie swoiste nie tylko nie uszkadza nerek, ale działa leczniczo, w trzech przypadkach natomiast powikłania nerkowe wystąpiły dopiero w przebiegu leczenia przeciwkiłowego, zaostrzając się w sposób bardzo charakterystyczny przy każdem nowem podjęciu leczenia specyficznego, Autorzy zwracają przy tem uwagę, że objawy nerkowe występują nawet przy stosowaniu bardzo małych dawek rtęci. Sądząc z przytoczonego przez autorów materjału przypadki zmian nerkowych na tle kiły, wyleczonych samoistnie lub przez stosowanie diety, wskazanej dla chorych nerek, są nieliczne. Liczniejsza jest grupa powikłań nerkowych, występujących poza leczeniem swoistem jedynie na tle kiłowem i ustępujących właśnie dzięki zastosowaniu leczenia swoistego. Jednakże w tych przypadkach wyleczenie sprawy nerkowej nie zawsze jest zupełne, nieraz pozostaje białkomocz, pozostaje podwyższenie stałej Ambarda. Nerka zdaje się być bowiem narządem znacznie czulszym na działanie zarazka kiłowego, niż skóra. Najczęstsze powikłanie nerkowe występuje na skutek leczenia swoistego. Z tego też względu z punktu widzenia klinicznego przy powikłaniach nerkowych kiły trzeba brać przedewszystkiem pod uwagę obok samego zakażenia i działanie leczenia swoistego. Wystąpienie powikłania nerkowego przed zastosowaniem leczenia swoistego pozwala na leczenie swoiste nawet bardzo intensywne, wystąpienie powikłań nerkowych w czasie leczenia nakazuje dużą ostrożność. Przez wzgląd na to, że powikłania nerkowe na tle leczenia swoistego są niezależne od wielkości dawki, że powstają nieraz przy dawkach najmniejszych, należy przypuszczać, że przyczyną ich jest obniżenie progu tolerancji. Poważniejszy przebieg spraw nerkowych, powstających na tle nietolerancji czy też uczulenia można wytłomaczyć swoistemi właściwościami tkanki nerkowej, znacznie wrażliwszej na wszelkie uszkodzenia, niż np. skóra, podlegająca również objawom uczuleniowym, ponadto wszelkie uszkodzenia, nawet czynnościowe, nerki są tego rodzaju, że mogą pociągnąć za sobą zaburzenie długotrwałe i stałe.

Z tych wszystkich rozważań wynika,że u chorych ze świeżą kiłą wystąpić mogą objawy ostrego zapalenia nerek z obfitym białkomoczem, takie same objawy spotyka się czasami u osób, które nie przechodziły kiły, ale poddane były leczeniu swoistemu przeciwkiłowemu, (rtęć, novarsenobenzol, bismut). W przebiegu kiłowego zapalenia nerek wskazane jest leczenie przeciwkiłowe, natomiast gdzie cierpienie nerek wystąpiło wskutek leczenia wskazane jest przerwanie podawania środków, mogących wpłynąć szkodliwie na nerki.

Zagadnienie prosówki przewlekłej. (Les problemes des granulies froides). Ameuille.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. Hôp. de Paris Nr. 21. 1934.

Autor twierdzi, że prosówka przewlekła nie znalazła dotychczas należycie określonego miejsca w obrazie patologicznym gruźlicy, że obraz jej nie jest dostatecznie określony. Twierdzono, że prosówka ostra odróżnia się od przewlekłej ostrością konturów na zdjęciu rentgenologicznem, że prosówka przewlekła wyraża się tylko zmianami płucnemi, ostra poza zmianami płuc wywołuje zmiany i w innych narządach. Można jednak na to odpowiedzieć, że prosówka przewlekła zdaje się tylko rozwijać w płucach, bo nie można znaleźć jej innych ognisk, natomiast ostra prosówka płuc nawet na sekcji robi nieraz wrażenie cierpienia wyłącznie płucnego i z tego powodu przeciwstawiano prosówkę płucną — prosówce ogólnej. Twierdzono, że prosówka przewlekła jest właściwie tylko banalnym epizodem w przebiegu gruźlicy, jednakże tą samą uwagę można zastosować do prosówki ostrej: jest ona zawsze wtórnym objawem gruźlicy, następstwem ogniska gruźliczego, które może znajdować się i w płucach, prosówka ostra jest nieraz końcowym objawem gruźlicy. Wyodrębnienie obrazu prosówki ostrej nie jest więc o wiele łatwiejsze od wyodrębnienia obrazu prosówki przewlekłej, obie te postacie są tylko epizodem w rozwoju gruźlicy, niezależnie od tego czy przebiegają z gorączką lub bez niej. Prosówki przewlekłe przebiegają naogół bezgorączkowo, ostre z gorączką. Możność rozpoznania prosówki przewlekłej opiera się jedynie na obrazie rentgenologicznym,

który wykazuje charakterystyczne zasianie obu pół płucnych w całej ich rozciągłości drobnemi guzkami podobnej wielkości i intensywności. Trudności rozpoznawcze powstają szczególnie wtedy, gdy prosówka występuje nie tylko na tle gruźlicy, ale gdy w grę wchodzi i krzemionkowatość płuca. Dalszą trudnością rozpoznawczą jest szybki rozwój drobnych guzków powstających po krwotokach płucnych, najprawdopodobniej z powodu rozsiania laseczników drogą krwi, pochodzącej z ogniska krwotocznego. W innych przypadkach obraz prosówki przewlekłej powstaje po wstrzyknięciu u dawnych gruźlików lipiodolu w celach rozpoznawczych; lipiodol mógł obudzić dawne zakażenie lub rozsiać laseczniki gruźlicze.

O znaczeniu gruźlicy prosówkowej zwanej prosówką przewlekłą. (La signification des tuberculoses miliaires dites „granulies froides"). L e o n B e r n a r d.

Bull. et Mem. de la Soc. Med. Hôp. de Paris Nr. 21. 1934.

Jedyną cechą charakterystyczną prosówki przewlekłej ma być obraz rentgenologiczny, jednakże obok tego stwierdzić można najprzeróżniejsze zmiany anatomiczne, kliniczne, rozwojowe. Autor jest zdania, że postać ta nie posiada odrębności klinicznej, którą jej przypisywano; odrębności polegającej na dyskretnych zaburzeniach stanu ogólnego, czasami krwiopluciu, nieznacznych objawach osłuchowych , powolnym bezgorączkowym rozwoju, trwającym miesiącami i latami, wreszcie charakterystycznym obrazie radiologicznym. Ten ostatni może się łączyć z najprzeróżniejszemi objawami, a także z różnemi innemi postaciami radiologicznemi gruźlicy. Obrazy radiologiczne prosówki przewlekłej można nieraz stwierdzić w przebiegu różnych innych postaci gruźlicy płucnej, między innemi w przebiegu stosowania odmy sztucznej. Objawy kliniczne gruźlicy płuc nie są uzależnione od zmian anatomicznych, ale od skłonności rozwojowych danej postaci gruźlicy, które nie zależą od zmian anatomicznych; temi zmianami nie kierują; wyrażają się natomiast objawami i rozwojem klinicznym. Jeżeli prosówka płucna jest wyrazem gruźlicy o wysokiej skłonności rozwojowej, przebiega ona jako prosówka ostra, jeżeli w przebiegu zwykłej gruźlicy występuje prosówka również o znacznej skłonności rozwojowej, prowadzi to do prosówki końcowej zwykłych suchot płucnych. Jeżeli prosówka jest natomiast wyrazem zakażenia gruźliczego o słabej skłonności rozwojowej, przebiegającego z objawami bardzo dyskretnemi. albo nawet bez objawów, powstaje wtedy obraz prosówki przewlekłej. Ten sam obraz i to samo uszkodzenie może występować w stanach wręcz sobie sprzecznych, nie dających się określić za pomocą anatomji patologicznej, ale tylko za pomocą zmian klinicznych. Odwrotnie znowu różne obrazy anatomiczne mogą towarzyszyć podobnym zmianom klinicznym. Istnieją także różne stopnie przejściowe między prosówką ostrą i przewlekłą co doprowadziło do utworzenia pojęcia t. zw. prosówki „letniej". Te same obrazy anatomiczne i radiologiczne towarzyszą więc bardzo różnym objawom klinicznym o różnym stopniu nasilenia. Gruźlica płuc nie pozwala na ustalenie ścisłego związku między objawami klinicznemi i zmianami anatomicznemi płuc, wyrażonemi w zmianach radiologicznych. Postać prosówki gruźlicy płuc może więc anatomicznie i radiologicznie występować w przebiegu wszelkich innych postaci gruźlicy płucnej, poza tem może ona jednak występować samoistnie, jako odrębna postać gruźlicy. W tych ostatnich przypadkach nawet jest ona jednak również tylko postacią przejściową, której dalszy rozwój idzie w trzech różnych kierunkach. Po pewnym czasie występuje bowiem albo zupełne wyjaśnienie się obrazu rentgenowskiego, albo, co jest najczęstsze, rozwija się tuberculosis ulcerocaseosa, albo też w trzecim przypadku choroba rozwija się aż do śmierci, przyczem obraz radiologiczny zachowuje typ czystej prosówki. Jedynie tym ostatnim przypadkom można przypisać pewną anatomiczno—kliniczną odrębność, wchodzą one jednak również w ramy gruźlicy włóknistej. Los chorych, zachowujących typ prosówkowy aż do końca, może być bardzo różny, czasami występują powikłania ostre ze strony płuc, kończące się zgonem chorych. Wtedy prosówka przewlekła zakończyła się znów prosówką ostrą. W innych przypadkach proces chorobowy, wlokący się tygodniami i miesiącami, kończy się zapaleniem opon mózgowych. Autor zwraca uwagę, że nawet typowy prosówkowy obraz radiologiczny nie wystarcza do rozpoznania prosówki, podobny obraz powstać może na tle zastoju krążenia w płucach, mogą go wywołać także i różne pneumokoniozy. Za gruźlicą przemawia on wtedy, gdy tak rozwój, jak i objawy chorobowe są dla tej ostatniej charakterystyczne, z całą pewnością dopiero wtedy, gdy stwierdza się w plwocinie laseczniki Kocha.

Tularemia. (La tularémie). P i e r r e S é e,

Révue de Médiccine. Nr. 8. 1934.

Tularemia jest chorobą zakaźną wywołaną przez zarazki specyficzne, chorobę właściwą ludziom i niektórym gatunkom zwierząt oswojonych lub dziko żyjących. Na tularemię zapadają wiewiórki, zające, króliki, właściwie wszystkie gryzonie żyjące dziko, czy też oswojone, zapadają na nią także i niektóre ptaki. Źródłem zakażenia są zwierzęta żywe, i martwe, ich krew, mocz i kał, a także skóry zwierzęce świeże. Przyczyną tularemji ma być zarazek swoisty B. tularense, który wyodrębniono ze szpiku kostnego zajęcy, ma się on znajdować i w innych narządach wewnętrznych. Choroba przenosi się ze zwierząt zakażonych na ludzi bezpośrednio lub też za pośrednictwem zakażonych much i pewnych gatunków komarów, wszy, a także i przez wydzieliny tych owadów. Bezpośrednio zakażenie jest możliwe przez skórę np. w laboratorjum, albo przez spożycie zakażonych zwierząt. Choroba nie przenosi się bezpośrednio z człowieka na człowieka. Najczęściej zapadają myśliwi, rzeźnicy, kucharze i kucharki. Choroba występuje szczególnie w okresie polowań, mniej więcej od marca do września. Nosicielami zarazków mogą być wilki, prosięta nawet konie. Zakażenia laboratoryjne są częste. Tularemia jest bardzo rozpowszechniona, występuje w Ameryce północnej, w Kalifornji, Kanadzie, Japonji, Rosji, Syberji, Anglji, Norwegji, we Włoszech.

Okres wylęgania choroby trwa około 2—4 dni. Cierpienie zaczyna się dreszczami, gorączką, bólem głowy, uczuciem zmęczenia i bólami rozsianemi w całem ciele. Opisano dotychczas kilka po-

staci w jakich występuje tularemia w swym dalszym rozwoju. W postaci wrzodziejąco gruczołowej występuje w miejscu zakażenia owrzodzenie o charakterze czyrakowatym z zajęciem gruczołów okolicy zakażonej. Gorączka zwykle jest wysoka, śledziona powiększona. W postaci oczno-gruczołowej występuje naprzód zapalenie spojówek, później zajęcie sąsiednich gruczołów. Postać gruczołowa przebiega bez zmian w miejscu zakażenia, ale tworzyć się mogą ropnie w gruczołach. Postać durowa przebiega bez zmian w gruczołach. W postaci oponowej występują bóle głowy, sztywność karku, nudności, zawroty głowy, wreszcie gorączka i zmiany gruczołowe. Zakażenia laboratoryjne przebiegają naogół w postaci durowej, rokowanie jest dobre, okres zdrowienia długi.

Rozpoznanie jest łatwe w krajach, gdzie cierpienie jest endemiczne. Myśliwych, handlarzy dziczyzną, którzy mają powiększenie gruczołów z owrzodzeniami lub bez nich, zapalenia spojówek, należy uważać za podejrzanych.

Rozpoznanie ustalić można za pomocą aglutynacji, gdyż krew chorych zlepia zarazek swoisty w rozcieńczeniach od 1/320 — 1/2560. Reakcja występuje w drugim, osiąga swe najwyższe nasilenie w 3 i 4 tygodniach choroby. Opisywano metody szczepień skórnych szczepionkami B. tularense, które u chorych mają wywoływać charakterystyczne odczyny, ułatwiające rozpoznanie.

Próbowano różnych sposobów leczenia tularemji, śródżylnego wstrzykiwania salvarsanu, wstrzykiwań surowicy ozdrowieńców, wstrzykiwania surowicy zwierząt uodpornionych: działanie tej ostatniej surowicy jest tem wyraźniejsze, im wcześniej jest stosowana. Jeżeli rozpoznanie zostało ustalone przed dziesiątym dniem choroby, co ułatwione jest przez zastosowanie odczynu śródskórnego, można oczekiwać szybkiego wyleczenia. Po przejściu tularemji zostaje człowiek całkowicie i na stałe uodporniony, natomiast sposoby uodpornienia przez szczepionki żywe lub zabite nie dały dotychczas żadnego wyniku. Szczepienia zwierząt laboratoryjnych, jak dotychczas, również pozostały bez skutku. Przeciwdziałanie szerzeniu się choroby polega więc na zabiegach natury ogólnej, niszczeniu much, noszeniu masek i rękawiczek przy pracy ze skórami zwierząt podejrzanych, paleniu zwłok tych ostatnich, dokładnym nadzorze nad sklepami z dziczyzną i szczególnie nad handlarzami królików lub innych zwierząt, mogących zawierać zarazki tularemji.

E. Reicher.

CHOROBY DZIECIĘCE.

Dane fizjopatologiczne i leczenie biegunek niemowlęcych. (Indications physiopathologiques et traitement des diarrheés du nourrisson). Jean Cathala et André Bosquet.

Paris médical. 3. Nov. 1934.

Biegunki niemowlęcia, nawet najbardziej banalne i niezróżnicowane, zależą od bardzo różnych przyczyn. Każdy rozumie, że pod pozorną monotonją objawów, kryją się zaburzenia, różniące się nietylko nasileniem, lecz istotą, uzależnieniem i znaczeniem. Biegunka, jak wszelkie inne zaburzenia czynnościowe, jedynie sygnalizuje zaburzenie. O leczeniu biegunki samej w sobie nie więcej można powiedzieć, jak o leczeniu duszności, o której nie wiemy, czy jest ona wyrazem choroby serca, płuc, nerek, układu nerwowego lub zatrucia.

Z punktu widzenia etjologji biegunki mogą być pochodzenia pokarmowego lub infekcyjnego.

Różne biegunki są pochodzenia pokarmowego. Są one następstwem nieodpowiedniego składu pokarmów, nieodpowiedniego przygotowania ich i podawania. Wadliwa higjena odżywiania po pewnym czasie wywołuje głębokie zaburzenia w ogólnem odżywianiu niemowląt, hamując czynność życiową narządów, gruczołów trawiennych i ich zaczynów. Mogą dalej powstawać różne zaburzenia w przeróbce pokarmów, w opróżnianiu się żołądka i w ruchach robaczkowych jelit. Te odchylenia nie mogą nie wpływać ze swej strony na skład, odczyn i florę bakteryjną treści jelitowej oraz na procesy wchłaniania jelitowego.

Jelito nie pozostaje narządem tylko biernym. W styczności z nienormalną papką pokarmową jelito wykazuje objawy odczynowe: atonję lub nadmierne ruchy mięśniówki, wzmożenie wydzielania przez śluzówkę płynu, zawierającego obficie białka ulegające gniciu, lub zasady mineralne, które ustrój w ten sposób traci w nadmiarze.

Inne rodzaje biegunek są wyłącznie objawem zakażenia, często nieuchwytnego. Rokowanie zależy tu bardziej od rodzaju zakażenia, oraz jego trwania, powikłań lub nawrotów. Uporczywość samej biegunki jest tu ściśle zespolona z uporczywością zakażenia. Najlepsze przepisy djetetyczne zawodzą dotąd, aż trwa zakażenie. O ile zakażenie trwa krótko, zaburzenia pokarmowe wyrównują się następnie szybko; lecz jasną jest rzeczą, że zakażenia długotrwałe i towarzyszące im długotrwałe biegunki stwarzają w następstwie warunki, o których była mowa wyżej; leczenie biegunek następczych będzie wymagało leczenia pokarmowego opartego na danych fizjo-patologji zaburzeń pokarmowych u niemowląt. Cechą tych zaburzeń jest również nie tylko objaw czynnościowy — biegunka, lecz i głębokie odchylenia w ogólnem odżywianiu tkanek, składzie cieczy ustrojowych, oraz sprawności narządów i gruczołów trawiennych.

W tych przypadkach trudno o wyrównanie zaburzeń ogólnych bez wyrównania zaburzeń czynnościowych przewodu pokarmowego za pomocą odżywienia nie przekraczającego jego tolerancji; lecz z drugiej strony o ile odżywianie tolerowane nie jest ilościowo lub jakościowo pełnowartościowem, — powstają warunki dla dalszego wyniszczenia ustroju i nawrotów zaburzeń jelitowych.

Z punktu widzenia fizjo-patologji biegunkę można określić jako przyśpieszenie przesuwania się treści żołądkowo-jelitowej z wypróżnieniami płynnemi.

Wszystkie próby systematyki zaburzeń trawiennych na podstawie cech wypróżnień jelitowych zawiodły, albowiem cechy stolców w dużej mierze są niezależne od sposobu powstawania biegunki, lecz od stopnia przyśpieszenia ruchów jelitowych. Cechy wypróżnień mogą więc być identyczne w przebiegu zaburzeń o bardzo różnej etjologji i patogenezie, oraz różne w przebiegu jednego cierpienia u jednego i tego samego chorego.

W nielicznych tylko przypadkach cechy stolców posiadają pewne znaczenie dla rozpoznania i leczenia. Do nich należą niektóre biegunki w związku z nadmierną fermentacją węglowodanów; stolce są bardzo płynne, o odczynie wybitnie kwaśnym. Ten rodzaj biegunek widuje się u niemowląt żywionych wyłącznie piersią; dziecko oddaje płynne, zielone, bardzo kwaśne stolce po każdem nakarmieniu (diarrhée prandiale). Biegunka tego typu ustępuje po zastąpieniu 1 — 2 karmień piersią mieszanką sztuczną.

Do tego typu biegunek należy także zaliczyć niektóre biegunki kwaśne w okresie odstawiania od piersi, u niemowląt przekarmianych mączkami i mlekiem. Biegunki te ustępują po ograniczeniu do normy mleka oraz dodatków mącznych, i po wprowadzeniu pokarmów białkowych.

W przypadkach powyższych zaburzenie pierwotne dotyczy często trawienia żołądkowego, biegunka natomiast jest odczynem wtórnym. Rozpoznanie tych stanów opiera się jednak nie tylko na cechach stolców lecz w równej mierze i na danych wskazujących na etjologję cierpienia (nadmiar węglowodanów).

W innych okolicznościach, stolce bardzo płynne, kwaśne, częste i spienione lub tryskające wskazują tylko na wybitne wzmożenie ruchów peristaltycznych i wybitne podrażnienie jelit. Lecz może to iść w parze i z procesami gnilnemi; przewaga gnicia nie uwydatnia się dotąd, aż trwa wybitne przyśpieszenie wydalania; biegunka zaś będzie trwała dalej pomimo diety z ograniczeniem węglowodanów.

Dalej badanie stolca pozwala wyodrębnić zespół t. zw. biegunki rzekomej, zależnej nie od przyśpieszenia przesuwania treści pokarmowej, lecz przeciwnie od zahamowania. Występuje naprzemian zaparcie i wydalanie wtórne treści płynnej, cuchnącej i wybitnie alkalicznej. Zespół ten dotąd jest oporny na leczenie, dopóki jest uważany za istotną biegunkę.

Zwracając się do patogenezy ogólnej biegunek niemowlęcych, autorzy adoptują podział *Finkelstein'a* na 1) biegunki dyspetyczne, 2) biegunki parenteralne i 3) biegunki głodowe.

Podstawy fizjo-patologicznej dla podziału biegunek dyspeptycznych należy szukać w umiejscowieniu zaburzenia pierwotnego. Z tego punktu widzenia należy je podzielić na biegunki zależne od zaburzeń lub zmian zapalnych w jelicie grubem, na biegunki wtórne przy pierwotnem zaburzeniu trawienia żołądkowego, oraz na biegunki z przewagą zaburzeń w jelicie cienkiem.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Złamanie dłoniowej krawędzi dolnej nasady kości promieniowej. (Les fractures du bord antérieur de l'extrémité inférieure du radius). R o u s s l a n i A d a m e s t e a n.

Journ. de Chir. Nr. 2, sierpień 1934 r.

Jest to rzadka, naogół, postać złamania dolnej nasady promienia. Towarzyszy jej prawie zawsze jednoczesne nadwichnięcie do przodu napięstka względem kości promieniowej. Mechanizm złamania nie został jeszcze całkowicie wyjaśniony, klinicznie, jako przyczynę złamania chorzy podają najczęściej upadek na grzbietową stronę napięstka.

Anatomicznie jest to złamanie podwójnie wewnątrzstawowe, gdyż ognisko złamania komunikuje się ze stawem promieniowo - napięstkowym i promieniowo - łokciowym dolnym. Ma to swoje duże znaczenie kliniczne — w postaci późnych zaburzeń czynnościowych tego odcinka kończyny. Przemieszczenie odłama kostnego bywa różne, od 0,1 do 1,0 cm. Przemieszczenie napięstka — od niewielkiego nadwichnięcia do zupełnego zwichnięcia na stronę dłoniową.

Klinicznie zwraca uwagę znaczne obrzmienie okolicy napięstka (wylew krwawy do stawu), jego przemieszczenie na stronę dłoniowa i zupełne unieruchomienie czynne i bierne dłoni względem przedramienia. Rozpoznanie cierpienia, ze względu na znaczny obrzęk, bywa bardzo trudne; umożliwia je wykonanie zdjęcia rentgenowskiego.

Leczenie polega na unieruchomieniu kończyny od łokcia do okolicy stawów śróddłoniowo-palcowych na przeciąg 3 tygodni — po uprzedniem zestawieniu odłamów i nastawieniu zwichnięcia (w uśpieniu ogólnem). W razie obecności drobnego przemieszczenia — nastawianie staje się zbędnem. Unieruchamiać należy w położeniu pośredniem między zgięciem dłoniowem a grzbietowem napięstka. W przypadkach, w których nie udaje się zestawić prawidłowo złamania (bywa to głównie w złamaniach zadawnionych), pozostaje tylko operacja: zestawienie i unieruchomienie odłama szwami strunowemi, lub jego usunięcie. Ostateczny wynik czynnościowy zawsze jest pod znakiem zapytania.

Rozpoznawanie i leczenie wgłobienia jelit u niemowląt. (Au sujet du diagnostic précoce et du traitement d'invagination intestinale du nourrisson). P o u l i q u e n.

La Presse Méd. Nr. 73, wrzesień 1934 r.

Rozpoznanie wgłobienia jelit u niemowląt w przypadkach, w których obecne są wszystkie trzy objawy charakterystyczne: b ó l e b r z u c h a, w y m i o t y i k r w a w e s t o l c e, — nie nastręcza, naogół żadnych trudności. Przypadki, jednakże, w których brak jest tego najbardziej charakterystycznego objawu, jakim jest krwawy stolec, mogą sprawiać duże nawet trudności rozpoznawcze. A tymczasem choroba sama, ze względu na konieczność szybkiego zastosowania odpowiedniego leczenia, wymaga niezwłocznego rozpoznania. Bardzo pomocnem bywa tutaj zastosowanie prześwietlania rentgenowskiego przy użyciu wlewanki kontrastowej.

Jeśli niemowlę nagle, w pełni zdrowia dostało silnych, n a p a d o w y c h bólów brzucha i wymiotów, przy wyraźnem upośledzeniu stanu ogólnego, i jeśli ponadto wyczuwa się poprzez powłoki brzuszne obecność elastycznego guza kiełbasowego (zwykle w miejscu wstępnicy), — zjawia się uzasadnione podejrzenie wgłobienia jelit. Ułatwi tutaj rozpoznanie: 1) zbadanie palcem przez odbytnicę na obecność śluzu krwawego w bańce odbytnicy, 2) prześwietlenie chorego przy użyciu wlewanki kontrastowej, które w przypadkach wgłobienia daje bardzo charakterystyczny obraz (zwykle na przebiegu poprzecznicy, w okolicy szczytu odcinka wgłobionego).

Leczenie wgłobienia jelitowego u niemowląt (najczęściej miewa tutaj miejsce wgłobienie kręt-

nicy do kątnicy i okrężnicy), polega na zastosowaniu początkowo wlewanki barytowej (200 gramów — na litr wody), a jeśli ta skutku nie osiągnie — na operacji otwarcia brzucha i odprowadzenia odcinka wgłobionego lub jego wycięcia; wycięcie lub wyłonienie nazewnątrz chorego odcinka jelit dają u niemowląt olbrzymią śmiertelność.

Stosując wlewankę leczniczą, można wprowadzić do kiszki, bez obawy, do 1 litra płynu — pod ciśnieniem, odpowiadającem uniesieniu zbiornika z zawiesiną barytową na wysokość 1 metra do 1½ metra. Działanie lecznicze wlewanki polega na mechanicznem odepchnięciu odcinka wgłobionego w kierunku wrót wgłobienia. O dodatnim wyniku tego zabiegu świadczy bądźto przeniknięcie płynu kontrastowego do jelita cienkiego (widoczne na ekranie rentgenowskim), bądź też — zniknięcie wymacywanego uprzednio poprzez powłoki brzuszne guza kiełbasowego.

Przyczyny nadmiernego powiększenia brzucha u dzieci. (Les gros ventres dans la deuxième enfance). D r e y f u s — S é e.

La Presse Méd. Nr. 75, wrzesień 1934 r.

Przyczynami temi bywają: niedomoga mięśniowa (hypotonja mięśni), przewlekłe zapalenie otrzewnej, schorzenia przewodu pokarmowego i guzy jamy brzucha.

I. N i e d o m o g a m i ę ś n i — dotyczy w pierwszym rzędzie powłok brzusznych i grzbietu, występuje zaś przeważnie u dzieci krzywiczych, dzieci cierpiących na wrodzone zwichnięcie biodra, gruźlicę kręgów, stany po przebytem zapaleniu przednich rogów szarej istoty rdzenia i inne; współistnieje często z aerofagją i nadmiernem gromadzeniem się gazów w kiszkach.

Są to dzieci blade, chude, apatyczne, o budowie wątłej i silnie uwypuklonym do przodu brzuchu (w postawie stojącej), o śladach przebytej krzywicy (kyphosis, lordosis), z objawami przewlekłego zaparcia i wzdęcia brzucha gazami.

II. P r z e w l e k ł e z a p a l e n i e o t r z e w n e j — bywa zwykle natury gruźliczej i jest połączone ze zbieraniem się w jamie otrzewnowej dużej ilości płynu wysiękowego. Najczęściej, występuje u dziewczynek w okresie bezpośrednio przed pokwitaniem. Towarzyszą mu nierzadko objawy gruźlicy innych narządów (płuc, opłucnych).

III. S c h o r z e n i e p r z e w o d u p o k a r m o w e g o — choroba Hirschsprunga (megacolon congenitum) i schorzenie, polegające na niedomodze asymilacji pokarmów i wchłaniania przez jelita (na tle zaburzeń ze strony splotu słonecznego).

Choroba Hirschsprunga cechuje się, jak wiadomo, nawykowem zaparciem (nieraz bywa brak stolca po parę tygodni), powiększeniem brzucha i ogólnem. przewlekłem zatruciem z przewodu pokarmowego.

Zaburzenia wchłaniania pokarmowego dotyczą zwykle tłuszczów i prowadzą do wychudzenia i niedokrwistości. Dotyczą one dzieci niedorozwiniętych, nerwowych. Towarzyszą im stałe biegunki.

IV. G u z y j a m y b r z u s z n e j (wewnątrzotrzewnowe i poza otrzewnowe), powodujące u dzieci znaczne powiększenie brzucha, są to w pierwszym rzędzie złośliwe nowotwory nerek, dochodzące do ogromnych nieraz rozmiarów dające w późniejszym okresie puchlinę brzuszną, obrzęk kończyn dolnych i charłactwo. Znacznie rzadszemi są: nowotwory złośliwe wątroby, śledziony, gruczołów pozaotrzewnowych, bąblowiec wątroby i torbiel jajnikowa.

Leczenie ropnego zapalenia stawu kolanowego. (Traitement des arthrites suppurées du genou, en dehors des traumatismes de guerre). H u e t i D e F o u r m e s t r a u x.

Journ. de Chir. Nr. 4, październik 1934 r.

Lecząc ropne zapalenie stawu kolanowego, należy pamiętać zawsze o potrójnym celu tego leczenia: utrzymanie chorego przy życiu, zachowanie kończyny i osiągnięcie jaknajlepszych wyników czynnościowych ze strony chorego stawu. Powyższe należy mieć na względzie przy wyborze metod leczniczych.

E t j o l o g j a. Rozróżniamy zapalenia natury chirurgicznej (w przebiegu ran przypadkowych, operacyjnych, w przebiegu ostrego zapalenia szpiku kostnego, zapalenia okolicznych naczyń chłonnych i kaletek maziowych).

A n a t o m j a p a t o l o g i c z n a. Przebieg procesu chorobowego jest w dużym stopniu zależny od szczegółów budowy anatomicznej stawu kolanowego — od obecności chrząstek i więzadeł wewnątrzstawowych i licznych kaletek maziowych, przystawowych, łączących się z jamą stawową; z tych ostatnich, największe znaczenie ma kaletka, położona pod mięśniem czworogłowym uda.

Anatomopatologicznie, a do pewnego stopnia i klinicznie, rozróżniamy: r o p n i a k stawu kolanowego (empyema) i r o p o w i c ę torebki stawowej. W tej pierwszej postaci proces chorobowy jest ograniczony do jamy stawu i wewnętrznej warstwy torebki stawowej; jest to postać względnie dobrotliwa. W tej drugiej — proces ropny dotyczy wszystkich warstw torebki stawowej i tkanek przystawowych — więzadeł, mięśni; jest to postać z reguły sprowadzająca po zagojeniu znaczne zaburzenia czynnościowe w stawie (przykurcze, zesztywnienia) — jako następstwo trwałego uszkodzenia aparatu torebkowo-wiązadłowego.

Różnice kliniczne między ropniakiem stawu i ropowicą torebki stawowej: ropniak cechuje obfitość wysięku (chełbotanie), brak nacieku dookoła stawowego, zachowanie częściowe ruchów biernych i czynnych w stawie, brak bólów samoistnych, ograniczenie bolesności uciskowej do okolicy uchyłków stawu, i dobry stan ogólny chorego; ropowicę — całkowite unieruchomienie stawu i całej kończyny wskutek bólu, obecność bólów samoistnych, rozlana bolesność uciskowa i znaczne upośledzenie stanu ogólnego.

L e c z e n i e. W ropnem zapaleniu stawu kolanowego stosuje się następujące metody lecznicze: 1) nakłuwanie stawu igłą lub trójgrańcem w celu opróżniania go z wysięku i ewent. przepłókiwania (działanie mechaniczne, przeciwgnilne lub swoiste przepłókiwanie); 2) nakłucie stawu nożem z następowem zamknięciem stawu lub bez zamknięcia; 3) nacięcie stawu podłużne, przednie lub boczne, z następowem zamknięciem lub bez, z pozostawieniem sączków lub bez, z uruchomieniem stawu bezpośrednio po operacji, lub też dopiero po pewnym czasie; 4) wycięcie

torebki stawowej (synovectomia) — operacja rzadko naogół wykonywana i prowadząca nieuchronnie do następowego zesztywnienia w stawie; 5) czasowe szerokie rozwarcie stawu (z następowem zesztywnieniem); 6) częściowe wycięcie stawu (operacja Laewena); 7) wycięcie stawu (jak w przypadkach gruźlicy stawu) — tylko u dorosłych; 8) odjęcie kończyny.

Z metod biologicznych wymienić należy: szczepienie swoiste, bakterjofagję i leczenie surowicą swoistą; tylko leczenie surowicą okazało się skutecznem i zdobyło sobie prawo obywatelstwa w leczeniu ropnych zapaleń stawu kolanowego.

Trudno jest podać tutaj bliższe wskazówki co do wyboru tej czy innej metody leczniczej w poszczególnych przypadkach.

Lekarz musi każdy przypadek ropnego zapalenia stawu kolanowego rozpatrywać odrębnie i zależnie od stanu chorego, jego wieku, rozległości i nasilenia zmian anatomicznych i wyników dotychczasowego leczenia — decydować się na wybór tej czy innej metody leczniczej.

W przypadkach o lekkiem i średniem nasileniu objawów wystarcza zwykle stosowanie nakłucia lub nacięcie stawu na niewielkiej przestrzeni. W przypadkach ciężkich (zły stan ogólny, brak poprawy po zastosowaniu nakłuć) — wskazane będzie szerokie otwarcie stawu lub jego wycięcie; w ropowicy przystawowej — koniecznem bywa, ze względu na silne bóle, unieruchomienie kończyny w opatrunku gipsowym.

U dzieci wycięcie stawu sprowadza następowe znaczene zaburzenie we wzroście kończyny; dlatego też zastępuje się je zwykle wycięciem torebki stawowej lub czasowem szerokiem rozwarciem stawu.

Rak żołądka a ciąża. (Cancer de l'estomac et grossesse). V i g n e s.

Paris Médical Nr. 11, marzec 1934 r.

Rak żołądka rzadko, naogół, bywa powikłany współistniejącą ciążą, co jest zrozumiałe, jako że rak żołądka powstaje zwykle między pięćdziesiątym a sześćdziesiątym rokiem życia — a więc w wieku, w którym w ciążę się już nie zachodzi.

Te rzadkie, jednakże, przypadki współistnienia raka żołądka z ciążą dotyczą kobiet względnie młodych: 55% — między 21. a 30. rokiem życia, 40% — między 31. a 40. rokiem.

Wpływ ciąży na przebieg współistniejącego z nią raka jest zastraszający w swej złośliwości; wpływ ten zaznacza się w szybkiem upośledzeniem stanu ogólnego, szybkiem powstawaniem przerzutów (typowo — w obu jajnikach, a poza tem — w macicy, gruczołach chłonnych, trzustce, płucach i otrzewnej jamy Douglasa) i szybkim wzrostem tych przerzutów. Zejście śmiertelne we wszystkich prawie przypadkach następuje stosunkowo wcześnie.

Jak już powiedziano, wyżej, przerzuty występują tutaj najczęściej do jajników, i to zwykle do obu; odnośne guzy dają obraz histologiczny niezmiernie charakterystyczny i noszą nazwę guzów Krukenberga (fibrosarcoma ovarii muco-cellulare carcinomatodes). Guzy Krukenberga mogą, zresztą, występować i poza ciążą, dając następujące objawy kliniczne: brak perjodów, obrzmienie sutków i zbieranie się płynu surowiczego w jamie otrzewnowej — objawy te mogą spowodować mylne rozpoznanie ciąży.

Rozpoznanie raka żołądkowego w przebiegu ciąży, jest naogół niełatwe, gdyż najbardziej typowe dla raka objawy jak wymioty i bóle brzucha mogą być mylnie odniesione do samej ciąży.

Dosyć charakterystycznemi dla raka będą tutaj objawy następujące: 1) obecność przed ciąża zaburzeń żołądkowych, które w okresie ciąży uległy znacznemu nasileniu; 2) cofanie się do przełyku cuchnącej treści żołądkowej; 3) wymioty w 2 godziny po przyjęciu posiłku; 4) rzadkie występowanie bólów samoistnych lub bolesności uciskowej; 5) znaczne wychudzenie; 6) nasilenie ruchów robaczkowych żołądka; 7) guz brzucha, macalny poprzez powłoki brzuszne; 8) rozszerzenie żołądka; 9) obecność krwi w treści żołądkowej lub w stolcach; 10) obecność guzów obu jajników; 11) wynik prześwietlenia rentgenowskiego.

Leczenie raka żołądka, powikłanego ciążą, polega na jaknajszybszem wykonaniu operacji (zespolenie żołądka z jelitem czczem), po uprzedniem przerwaniu ciąży. To ostatnie jest wskazane z jednej strony, w celu zapewnienia chorej po operacji żołądkowej lepszych warunków do uzyskania poprawy, z drugiej zaś — ponieważ u tego rodzaju chorych z reguły następuje poronienie i utrzymać przy życiu dziecko nie udaje się prawie nigdy.

Wskazania do wczesnego dłutowania wyrostka sutkowatego kości skroniowej (Indications de la trépanation mastoïdienne précoce). A u b r y.

La Presse Méd. Nr. 87, październik 1934.

Operacja dłutowania wyrostka sutkowatego w przebiegu jego zapalenia uchodzi za w c z e s n ą wówczas, kiedy zostaje wykonaną w ciągu pierwszego tygodnia choroby. Istnieją duże różnice w poglądach na wskazania do w c z e s n e g o dłutowania wyrostka sutkowatego. Autor radzi kierować się w odpowiednich przypadkach następującemi wytycznemi:

1) Niebezpieczeństwo wczesnego dłutowania wyrostka sutkowatego stanowi z jednej strony — możność rozsiania zakażenia w najbliższem sąsiedztwie ogniska pierwotnego (powstawanie wtórnych martwaków kostnych) lub na odległość, z drugiej zaś — silny wstrząs pooperacyjny wskutek masowego wchłaniania jadów (zwłaszcza u osesków).

2) Wczesne dłutowanie wyrostka nietylko nie skraca pooperacyjnego okresu gojenia się rany, ale często przeciwnie — przedłuża go, gdyż ognisko zapalne w kości w ciągu pierwszego tygodnia nie jest jeszcze zwykle dostatecznie „dojrzałe” w znaczeniu chirurgicznem.

3) Z powyższych przesłanek nasuwa się wniosek, że, ustalając termin operacji w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka sutkowatego, należy wyczekać nadejście okresu „dojrzenia”, który zaczyna się z końcem pierwszego tygodnia choroby.

4) W następujących, jedynie, przypadkach należy wykonać operację dłutowania wyrostka sutkowatego, nie czekając nadejścia okresu dojrzenia: jeśli grozi niebezpieczeństwo powikłań (zapalenia opon mózgowych), lub jeśli stan ogólny ulega znacznemu upośledzeniu wskutek zatrucia jadami bakteryjnemi. O powikłaniu zapaleniem opon mózgowych można wnioskować z cech

dobytego nakłuciem lędźwiowem płynu mózgowo-rdzeniowego: obecność w płynie (jałowym) zwiększonej liczby komórek zapowiada niebezpieczeństwo zakażenia opon; obecność drobnoustrojów — dowodzi zakażenia już rozwiniętego.

Objawy kliniczne i rozpoznawanie typowych schorzeń jądra i najądrza (Le diagnostic des principales lésions du testicule et de l'épididyme). C o r d i e r.

La Presse Méd. Nr. 89, listopad 1934 r.

Plan badania. Jądro: kształt„ spoistość, wrażliwość uciskowa. Najądrze: kształt i spoistość najądrza i nasieniowodu (przebiegającego wzdłuż tylnego brzegu jądra), ich zgrubienie, bolesność uciskowa. Otoczka właściwa jądra i najądrza: stan jej napięcia, obecność płynu, zgrubienie. Gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne: badanie palcem od strony odbytnicy.

Schorzenia ostre. O s t r e z a p a l e n i a j ą d r a (poza przypadkami pourazowemi, do jakich należałoby zaliczyć skręt jądra lub powrózka nasiennego) mają miejsce w przebiegu ostrych chorób zakaźnych jak nagminne zapalenie przyusznic, ospa, dur brzuszny, odra, płonica, gościec stawowy, zimnica. Objawy miejscowe: obrzmienie, bolesność uciskowa, następowe zmiany wsteczne i zbliznowacenie.

O s t r e z a p a l e n i e n a j ą d r z a — występuje zwykle w III tygodniu r z e ż ą c z k o w e g o zapalenia cewki moczowej, towarzyszą mu burzliwe objawy ogólne i miejscowe (silne obrzmienie najądrza, wielka bolesność samoistna i uciskowa, następowe zgrubienia ogniskowe blizmowate najądrza); do ropienia nie dochodzi nigdy.

Pewne postacie gruźlicy jądra i najądrza mogą przebiegać niezmiernie ostro, przypominając do złudzenia zapalenie rzeżączkowe; w odróżnieniu od tego ostatniego, przy tej postaci gruźlicy prawie zawsze ma miejsce powiększenie i zgrubienie powrózka i pęcherzyków nasiennych.

Schorzenia przewlekłe. P r z e w l e k ł e z a p a l e n i e n a j ą d r z a bywa:

1) n a t u r y g r u ź l i c z e j — nieprawidłowego kształtu zgrubienie twarde w zakresie ogona najądrza, zgrubienie nasieniowodu, ogniska stwardnienia w gruczole krokowym, ewent. przetoka zewnętrzna w okolicy tylnodolnej powierzchni najądrza — o typie anatomo-patologicznym przetoki gruźliczej;

2) n a t u r y r z e ż ą c z k o w e j — twarde zgrubienie ogniskowe w zakresie ogona najądrza, kształtu prawidłowego, elastyczne;

3) n a t u r y n i e s w o i s t e j (prątek okrężnicy, gronkowiec) — zgrubienia ogniskowe najądrza;

4) n a t u r y k i ł o w e j — kilaki górnego bieguna jądra i głowy najądrza, bez zmian w nasieniowodzie i gruczole krokowym, ewent. — przetoka zewnętrzna okolicy przedniogórnej jądra, o brzegach podminowanych;

5) t o r b i e l g ł o w y n a j ą d r z a — elastyczna, chełbocząca.

P r z e w l e k ł e z a p a l e n i e i g u z y j ą d r a: 1) r a k (seminoma) wczesny — stwardnienia w głębi jądra, kształtu prawidłowego (jądro jest nieco cięższe, niż po stronie zdrowej), bez zmian w nasieniowodzie i gruczołach pachwinowych; 2) k i ł a — rozlane stwardnienie, nie zmieniające prawidłowego kształtu jądra, i zgrubienie nasieniowodu; cierpienie często obustronne. Rozpoznanie różniczkowe między rakiem a kiłą jądra bywa bardzo trudne, rozstrzyga częstokroć dopiero badanie drobnowidzowe próbnego wycinka.

R o z l a n e g u z o w a t o ś c i j ą d r a i n a j ą d r z a. Należą tu: 1) wodniak otoczki właściwej jądra (guz elastyczny, przeświecający), powrózka, krwiak nawrotowy otoczki właściwej jądra (hematocele), guzowate zgrubienie pozapalne jądra i najądrza (zakażenie nieswoiste w następstwie długotrwałego cewnikowania pęcherza moczowego, gruźlica), rozwinięty rak jądra.

Leczenie krwotoków żołądkowych (Le traitement des gastrorrhagies). B e n h a m o u.

La Presse Méd. Nr. 93, listopad 1934 r.

Pominąwszy doraźne postępowanie lecznicze w przypadkach ostrych krwotoków żołądkowych, grożących bezpośrednio życiu chorego, leczenie podstawowe tych krwotoków będzie zależało od ich tła etjologicznego, — przyczyny zaś krwotoków żołądkowych mogą być następujące: wrzód okrągły żołądka, wrzód ostry (Dieulafoy), rak, owrzodzenie kiłowe lub mocznicowe żołądka, marskość wątroby, kamica pęcherza żółciowego, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, splenomegalia, naczyniaki śluzówki żołądka (angiomata), nadciśnienie krwi, miażdżyca tętnic, skaza krwotoczna i krwawiączka.

Doraźne leczenie groźnych dla życia krwotoków żołądkowych. Ocena tych krwotoków jako grożących życiu zależeć będzie od stwierdzenia obecności następujących objawów: bladość powłok, skłonność do omdleń, nagłe zaniewidzenie, nagłe porażenie mózgowe, stały spadek ciśnienia krwi, spadek liczby czerwonych krwinek poniżej 1 miljona i hemoglobiny — poniżej 20%. Doraźne leczenie tego rodzaju stawów będzie polegało na zupełnym spokoju fizycznym, wstrzymaniu się całkowitem od przyjmowania pokarmów w ciągu 3 — 4 dni, zastosowanie okładu lodu na brzuch, wstrzykiwaniach 4% roztworu cukru gronowego, roztworu fizjologicznego soli, kroplówkach i wstrzykiwaniu środków nasercowych. W razie dalszego pogarszania się stanu chorego — przetaczanie krwi. Płókanie żołądka roztworem 1% półtorachlorku żelaza będzie wskazane przy powtarzających się często krwotokach, ale niezbyt nasilonych. U chorych krańcowo wykrwawionych i w stanie silnego wstrząsu dobre wyniki daje wstrzyknięcie podskórne 1 cm^3 roztworu adrenaliny 1 : 1000, która „wyciska” ze śledziony krwinki czerwone i płytki krwi i unieruchamia na parę godzin krwawiący żołądek.

W celu uchronienia przed nawrotem krwotoku podaje się hemostyl, chlorek wapnia i żelatynę. Przerwa w odżywianiu chorego przez usta trwa 4 do 8 dni (po obfitym krwotoku) od chwili ustania krwawienia. Po przerwie podaje się najpierw wodę ocukrzoną i rosół z jarzyn bez soli, później — mleko chude (bez śmietanki) półnapół z wodą w małych dawkach (łyżeczkami) i, przez czas dłuższy następnie, dieta węglowodanowa.

Co się tyczy wskazań do operacji w powyższych przypadkach, to tylko nieliczni chirurdzy są zwolennikami wczesnego operowania krwotoków żołądkowych (gwałtownych i często powta-

rzających się); większość uważa za bardziej celowe w tym okresie choroby ograniczenie się do leczenia wewnętrznego.

Leczenie krwotoków pochodzenia pierwotnie-żołądkowego. Rozpoznanie wrzodu żołądka opiera się na wynikach badania rentgenowskiego, które można przeprowadzić już w 10 — 20 dni od ostatniego krwotoku. W razie ustalenia rozpoznania, odpowiednie leczenie wewnętrzne należy prowadzić w ciągu długiego czasu. Leczenie operacyjne będzie wskazane w przypadkach wrzodu, powikłanych powtarzającemi się krwotokami. W przypadkach raka — leczenie wyłącznie operacyjne. W przypadkach owrzodzeń kiłowych — swoiste leczenie przeciwkiłowe. W przypadkach krwotoków żołądkowych w przebiegu mocznicy, ostrych chorób zakaźnych, posocznicy, gruźlicy płuc i zatruć — leczenie choroby zasadniczej.

Leczenie krwotoków żołądkowych pochodzenia wątrobowego. Chodzi tutaj w pierwszym rzędzie o krwotoki w przebiegu marskości wątroby typu Hanot lub Laenneca. Dobre wyniki dają wstrzykiwania codzienne wyciągów wątroby, ewentualnie — operacja wycięcia śledziony. W krwotokach żołądkowych, wikłających zapalenie pęcherza żółciowego lub wyrostka robaczkowego — leczenie zasadniczej choroby.

Leczenie krwotoków żołądkowych pochodzenia śledzionowego, naczyniowego i w przebiegu skaz krwotocznych. W przypadkach splenomegalji typu Banti wskazane będzie wycięcie śledziony; w przypadkach splenomegalji w przebiegu zakrzepowego zapalenia żył (liczba białek ciałek i płytek krwi jest prawidłowa) — operacja powyższa będzie przeciwwskazana.

Krwawienia z naczyniaka śluzówki żołądka (jednoczesna obecność naczyniaków w skórze) leczy się operacyjnem podwiązaniem odpowiednich naczyń żołądka. W przypadkach krwawień u osób z nadciśnieniem tętniczem i u miażdżycowych — spokój zupełny i ścisła dieta, pozatem — środki, obniżające ciśnienie krwi.

W przypadkach krwawień w przebiegu skazy krwotocznej (zmniejszenie liczby płytek krwi, wydłużenie czasu krwawienia) — leczenie będzie polegało na naświetlaniach rentgenowskich śledziony i szpiku kostnego kości długich kończyn, na przetaczaniu krwi i ewentualnie, wycięciu śledziony. W przypadku krwawiączki (wydłużenie czasu krzepnięcia, dziedziczność, artropatje) — wstrzykiwania podskórne surowicy zwierzęcej, surowicy ludzkiej (matki), wstrzykiwania peptonu White'a, wstrzykiwania wyciągów jajnikowych.

W przypadkach, wreszcie, w których przyczyna krwawienia żołądkowego jest nieznana, pozostaje jako jedyny środek leczniczy — wycięcie częściowe żołądka lub podwiązanie odpowiednich gałązek tętniczych.

Ropowice przyszczękowe pochodzenia zębowego (Phlégmons périmaxillaires — complications de la carie dentaire). M. D e c h a u m e.

La Presse Méd. Nr. 99, grudzień 1934 r.

Zakażenie z miazgi zębowej zęba próchnicowego może przejść, jak wiadomo, na szczękę (ostitis, sinusitis), na luźną tkankę łączną (phlegmone), na gruczoły chłonne (adenitis, adenitis phlegmonosa) lub d o krwi (septicaemia). Najczęściej zakażenie to umiejscawia się w przyległej luźnej tkance łącznej, dając początek jej zapaleniu: surowiczemu, ropnemu (ropowica ograniczona, rozlana) lub przewlekłemu (phlégmon ligneux); przyczem, ropowica taka może powstać i bez uprzedniego objęcia procesem zapalnym kości szczęki.

O b j a w y k l i n i c z n e. Sprawa zaczyna się zwykle od ropnego przywierzchołkowego zapalenia zęba (arthritis apicalis purulenta), przejawiającego się bólami samoistnemi i przy ucisku, pozornem wydłużeniem zęba i jego ruchomością, obrzmieniem okolicznem. Przy przejściu zakażenia na luźną tkankę łączną bóle znacznie się nasilają, uniemożliwiając odżywianie się i sen, przyczem szerzą się one na całą twarz; zjawia się ślinotok, cuchnienie z ust i, częstokroć (zależnie od umiejscowienia), szczękościsk. Miejscowo —stwierdza się ograniczone obrzmienie na szyi lub na twarzy, zaróżowienie skóry, nacieczenie zapalne tkanek głębszych, przykostnych, i znaczna bolesność uciskowa.

W dalszym przebiegu klinicznym, do samoistnego wyleczenia nie dochodzi prawie nigdy — nawet w razie przebicia się ropnia nazewnątrz lub do jamy ustnej (powstaje wówczas niegojąca się przetoka).

Przebieg cierpienia może być powikłany: a) posocznicą, b) ropowicą z tendencją do szerzenia się na dno jamy ustnej, do okolicy podżuchwowej, do dołu skroniowego, na szyję lub na podstawę czaszki, c) zakrzepowem zapaleniem zatok żylnych, d) wtórnem zapaleniem kości z powstaniem martwaków (osteitis corticalis, osteomyelitis).

U m i e j s c o w i e n i e r o p o w i c y p r z y s z c z ę k o w e j pochodzenia zębowego zależy w pierwszym rzędzie od tego, z których zębów wzięła ona początek: 1) przy pochodzeniu z trzonowców i przedtrzonowców szczęki dolnej umiejscowienie ropowicy może być czworakie — przedsionkowe, twarzowo-bródkowe, w zakresie górnych warstw dna jamy ustnej (powyżej mięśnia żuchwowo-gnykowego), w zakresie dolnych jego warstw (poniżej mięśnia żuchwowo-gnykowego) — w okolicy podżuchwowej. 2) Przy pochodzeniu z kłów i siekaczy szczęki dolnej ropowica umiejscawia się zawsze po stronie zewnętrznej żuchwy — w przedsionku jamy ustnej lub w okolicy podbródkowej. 3) Przy pochodzeniu z trzonowców i przedtrzonowców szczęki górnej — ropowice przedsionkowe lub twarzowo-podżuchwowe. 4) Przy pochodzeniu z kłów górnych — ropowice okolicy woreczka łzowego i powieki dolnej. 5) Przy pochodzeniu z siekaczy górnych — ropowice umiejscawiają się zwykle poniżej nozdrzy, rzadziej — od strony przedsionka jamy ustnej.

Przy rozpoznawaniu różniczkowem należy pamiętać o kamicy ślinowej przewodu Whartona, o ropowicy dna jamy ustnej pochodzenia urazowego, o zropiałej torbieli ślinianki podjęzykowej i o r o p o w i c a c h p o c h o d z e n i a g r u c z o ł o w e g o; te ostatnie różnią się od ropowic pochodzenia zębowego bardziej powierzchownem umiejscowieniem pierwotnego nacieku, który wtórnie dopiero posuwa się wgłąb, i późnem występowaniem szczękościsku.

L e c z e n i e ropowic przyszczękowych pochodzenia zębowego będzie polegało w pierwszym rzędzie na j a k n a j s z y b s z e m u s u n i ę c i u c h o r e g o z ę b a (w znieczuleniu miejscowem lub przewodowem), a następnie,

na nacięciu i sączkowaniu jamy ropnia (zwykle od strony jamy ustnej), gdyż możność opróżnienia się ropnia poprzez zębodół prawie nigdy nie nie jest wystarczająca.

Krwotoki otrzewnowe pochodzenia jajnikowego, poza ciążą (Les hémorrhagies ovariennes intra péritonéales non gravidiques). B a u m a n n.

Journ. de Chir. Nr. 6, grudzień 1934 r.

Autor rozpatruje tutaj wyłącznie te krwotoki, których źródłem jest prawidłowa tkanka jajnikowa (osnowa i elementy rozrodcze), z wyłączeniem nowotworów.

Autor spostrzegał i leczył 17 takich przypadków, z których 3 były w wieku poniżej 20 lat, 9 — od 20 do 30 lat, 5 — od 30 do 40 lat. Cierpienie omawiane dotyczy stosunkowo często dziewic. Same krwotoki występują zwykle bądź to koło 15 dnia okresu międzymenstruacyjnego, bądź też przed samym perjodem.

A n a t o m j a p a t o l o g i c z n a. Ilość wylanej do jamy otrzewnowej krwi może dochodzić do 3 litrów, zwykle jednakże waha się między 250 a 500 cm³. Miejscem krwawienia bywa drobne pęknięcie szczelinowate otoczki jajnika, mały okrągły otworek, lub też rozległe pęknięcie torbielowatego tworu jajnika. Źródłem krwawienia może być osnowa jajnika, pęcherzyk zarodkowy (w różnych okresach jego dojrzewania) lub ciałko żółte. Prawie zawsze stwierdza się przy tem znaczne przekrwienie czynne całego jajnika i szereg wybroczyn krwawych w jego miąższu.

Mechanizm powstawania tego rodzaju krwotoków nie jest jasny. Czynnikiem wywołującym bywa, przypuszczalnie, uraz mechaniczny (wysiłek mięśniowy, coitus, zabieg operacyjny). Istotną jednakże, przyczyną są te stany chorobowe, które wywoływują i podtrzymują długotrwałe i silne przekrwienie jajników; są to: miejscowe zastoje żylne przy wadliwem położeniu macicy, przekrwienie na tle zakaźnem (wyrostek, macica), na tle zatrucia (fosforem, lekami, mającemi wywołać poronienie), przekrwienie na tle zaburzeń w układzie nerwowym roślinnym i w wydzielaniu wewnętrznem (zwłaszcza w wydzielaniu przysadkowem). Dużą rolę odgrywają tutaj również różne skazy krwotoczne i krwawiączka.

O b r a z k l i n i c z n y i l e c z e n i e. Objawy kliniczne przypominają całkowicie objawy krwotoku wewnętrznego w przebiegu ciąży pozamacicznej. Dokładne rozpoznanie natrafia czasami na duże trudności nawet już po otwarciu jamy brzusznej; różniczkować należy z krwawieniem z jajowodu (abortus tubarius; cofanie się krwi menstruacyjnej z macicy do jajowodów), a pamiętać należy zawsze o możliwości istnienia również innego źródła krwawienia, poza narządami rodnemi.

Leczenie — operacyjne. Operacja (z cięcia pośrodkowego) polega na doszczętnem usunięciu jajnika. Nie należy, „przy tej sposobności" usuwać i wyrostka robaczkowego — ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, aktualne zawsze przy obecności w jamie otrzewnowej licznych skrzepów krwi. Rokowanie — dobre. W razie pozostawienia na miejscu w czasie operacji chorego jajnika, grozi ewentualność nawrotu krwawienia.

M. Czyżewski.

CHOROBY OCZU.

O stosowaniu atropiny i nakłuciu rogówki w leczeniu iridocyclitis z podwyższonem ciśnieniem. (De l'emploi de l'atropine et des ponctions de la cornée dans le traitement des iridocyclites avec hypertonie). P. P a c a l i n.

Ann d'oculist. T. CLXX. str. 237.

Przyczyną podwyższonego ciśnienia w iridocyclitis jest zatkanie kąta przesączu przez elementy wysiękowe, powodujące wahania w wydzielaniu płynu, produkowanego w nadwiązce przez chore ciałko rzęskowe. Autor zaleca nakłucie komórki przedniej w sposób następujący: Nożem Graefego na godz. 6 wykonywujemy cięcie rogówki szerokości 2 mm w odległości 2 mm powyżej rąbka, poczem wprowadzamy do komórki przedniej srebrną szpatułkę; poruszając nią regulujemy powolne wypływanie płynu przedniej komory. Gdy na powierzchni tęczówki ukaże się kropla krwi, wyciągamy szpatułkę. Autor w przeciągu 25 dni 10-krotnie otwierał szpatułką przednią komorę, wpuszczając naprzemian pilokarpinę (obniżyć ciśnienie!) i atropinę (przeciwdziałanie zrostom tęczówki). Zastrzyk dioniny w roztworze soli fizjolog. Odnawianie się płynu komory przedniej jest w/g autora, czynnikiem leczniczym.

Leczenie wyprysków powiekowych. (Traitement des grands eczémas de paupières). A. T e r s o n.

Ann d'oculist. T. CLXXI Str. 29.

Autor na podstawie 45 letniego doświadczenia podaje wytyczne leczenia, zastosowane do poszczególnych faz choroby oraz wieku pacjenta, polegające na 3 głównych zasadach: 1) leczenie miejscowe, 2) leczenie ogólne, 3) djetetyczno-hygjeniczne.

W wypryskach ostrych, moknących, wskazane są roczczyny azotanu srebra 1%, 1/75, 1/50, 1/30, 1/20. Nie omijać spojówki powiek, częstokroć przyjmującej udział w sprawie chorobowej. Djeta b. lekka. Podkreślona konieczność stosowania leków przeczyszczających, oraz ważność snu (środki nasenne). Wskazane badanie narządów wewnętrznych, w szczególności wątroby, nerek, jak również badania pomocnicze: moczu i krwi. Zalecane do wewnątrz węgiel, magnezja. Maść (najlepiej na lanolinie) z arg. nitr., ichtyolu, cynku. Maść żółta u dzieci.

W razie zajęcia rogówki atropina.

Dolegliwości oczne sztucznie wywołane. (Les affections oculaires provoquées). C a r l o s C h a r l i n.

Ann d'oculist. T. CLXXI str. 223.

Podczas wojny światowej zauważono liczne przypadki schorzeń ocznych spowodowanych bądź przez samych żołnierzy bądź też przez gazy, wybuchy i t. p.

Tego samego rodzaju są dolegliwości oczu wywołane m i m o w o l n i e przez chorych, aptekarza lub lekarza i dlatego rozpoznanie częstokroć jest bardzo utrudnione.

Autor wymienia również choroby oczu powstałe następowo, wtórnie, dzięki działaniu drażniącemu bezpośredniego sąsiedztwa. Wygląd kli-

niczny w tych przypadkach jest niezwykle podobny do chorób wywołanych przez czynnik zewnętrzny. Autor przedstawia następujące przypadki ze swej praktyki:

1) *Nabłoniak rzekomy rogówki:* Przekrwienie oka od dołu. Na rogówce obwodowo pomiędzy godz. 4 i 8 twór szarawy nieprzezroczysty brodawkowaty. Badanie histologiczne nie wykazało nowotworu. Na dolnej powiece znaleziono rzęsę nieprawidłowo rosnącą, po usunięciu rzęsy — wyleczenie.

2) *Pseudo-keratitis interstitialis.* Choroba oka od 20 lat. Od czasu do czasu oko łzawiło i czerwieniało, rogówka traciła przezierność. W przerwie między napadami, przy pomocy lampy szczelinowej wykryto 3 rzęsy znajdujące się w pobliżu brzegu źrenicy. Jedna z tych rzęs drażniła błonę Descemet'a. Usunięcie rzęsy spowodowało wyleczenie.

3) *Keratitis ulcerosa.* Przyczyną wywołującą rozległe owrzodzenie rogówki, połączone z nie dającemi spać bólami, było schorzenie nosa.

Schorzenia wywołane przez czynnik zewnętrzny.

4) Po przypudrowaniu nosa pudrem ryżowym występowało łzawienie, światłowstręt, silne zaczerwienienie oczu. Sprawa trwała od 14 lat. Po odstawieniu pudru wyleczenie.

5) Zapalenie brzegów powiek i spojówek o charakterze przewlekłym było spowodowane przez noszenie szkieł cylindrycznych.

6) Wkraplanie atropiny, kropli cynkowych, sol. hydrarg, oxycyanati wywołało rozległe owrzodzenie rogówki. Po odstawieniu leków — wyleczenie.

7) *Rozległe owrzodzenie spojówki pochodzenia urazowego.* U chorej od 6 miesięcy młodej pacjentki stwierdza się obustronnie silny światłowstręt oraz duże półksiężycowate owrzodzenie spojówki gałkowej. Bakterjologiczny wynik ujemny. Okazało się, że pacjentka była histeryczką, o rogówkach nieczułych, drapała palcami spojówki gałki. Po zawiązaniu oczu i postawieniu pielęgniarki — wygojenie.

S. Topolski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Dwa przypadki niedorozwoju narządu rodnego: zarośnięcie pochwy i jej zupełny brak. (Deux cas de malformations génitales: imperforation de l'hymen et absence totale du vagin). F a v r e a u.

La Gynécologie. T. 33. Nr. 1. 1934.

W pierwszym przypadku, ciekawym głównie z powodu wielokrotnych i rozmaitych omyłek rozpoznawczych, chodziło o dziewczynę 14-sto letnią, która skarżyła się na bóle w podbrzuszu i gorączkę. Po długich poszukiwaniach diagnostycznych, w czasie których między innemi dokonano wycięcie wyrostka robaczkowego, otwarto nakłuciem pochwę, poczem wylało się około 2 litrów ciemnej częściowo zropiałej krwi. Wystąpiły wówczas objawy ogólnego zakażenia oraz zapalenie otrzewnej miednicy małej. Po dłuższym leczeniu udało się doprowadzić do zupełnego wyleczenia.

W drugim przypadku autor stwierdza zupełny brak pochwy pomimo dobrego rozwoju narządów płciowych zewnętrznych i cech drugorzędnych.

Zastanawiając się nad wyborem metod operacyjnych autor odrzucił operację Baldwin-Mori, Sniegirew'a i inne wymagające niebezpiecznych dla życia chorej — zabiegów, jak przemieszczanie pętli jelit.

Zdaniem autora niebezpieczne zabiegi mające na celu wytworzenie sztucznej pochwy są tembardziej nieuzasadnione, że nie może ono doprowadzić do ciąży. Więcej nawet, zdarzyć się może, że osoba operowana nie jest właściwie kobietą, ale hermafrodytą o męskich gruczołach płciowych, a żeńskim wyglądzie narządów zewnętrznych. Wytworzenie pochwy w tych warunkach będzie błędem, względnie zabiegiem zupełnie niepotrzebnym.

Wychodząc z powyższych założeń autor uznaje za jedynie racjonalne te metody operacyjne, które opierają się na wytworzeniu sztucznego kanału w tkankach krocza i na wysłaniu go płatkami skóry, przeszczepionemi z zachowaniem szypuły naczyniowej.

Cięciem w kształcie litery H wytworzono sztuczny kanał pomiędzy pęcherzem i odbytnicą i wysłano go skórą na przedniej i tylnej powierzchni, a śluzówką warg mniejszych — na powierzchniach bocznych. Wynik ostateczny był nie bardzo zachęcający, gdyż pozostał jedynie uchyłek długości 3 cm. co nie jest dostateczne dla stosunków płciowych.

W sprawie podostrego zapalenia sieci. (A propos de l'épiploïte subaiguë). R e e b.

La Gynécologie. T. 33. Nr. 2. 1934.

Guzy zapalne sieci mogą często być przyczyną pomyłki diagnostycznej, gdyż imitują guzy wychodzące z narządu rodnego kobiety. Naprzykład, *Stoekel* przytacza przypadek olbrzymiego przerostu *appendicis epiploicae,* który wzięto za guz lewych przydatków; innym razem skręt tegoż *appendicis epiploicae* imitował skręcony guz jajnika; w innym zaś przypadku przerosła sieć przyrośnięta do wewnętrznego otworu kanału pachwinowego rozpoznana została jako guz prawych przydatków macicy.

Przypadek autora dotyczył 32-letniej kobiety, która od tygodnia skarżyła się na bóle w podbrzuszu, wzdęcia i stan podgorączkowy. Badanie wykazało guz w podbrzuszu tkliwy na dotyk, ciastowaty, o wyraźnych zarysach, położony blisko za powłokami brzusznemi; wychodzi on z miednicy małej i sięga o 3 palce pod pępek. Macica badaniem zestawionem stwierdza sie za guzem, schodzącym dość nisko o powierzchni kalafiorowatej.

Rozpoznanie wahało się pomiędzy krwiotokiem przedmacicznym, skręconą torbielą jajnika a zapalnym guzem sieci.

W czasie operacji stwierdzono znaczne zrosty w jamie otrzewnowej, a na dolnej części sieci guz w kształcie bochenka grubości 3 — 4 cm; przyrosłego z prawej strony do kiszki ślepej, z lewej do esicy; w tym ostatnim miejscu w czasie oddzielania guza uszkodzono nieco kiszkę, co natychmiast zauważono; uszkodzone miejsce kiszki zeszyto. Guz sieci, oraz wyrostek robaczkowy usunięto.

Guz usunięty miał wymiary 5 × 10 × 15 cm, był twardy, na przekroju fałdowaty. Badanie mikroskopowe wykazało rozszerzenia naczyń, nacieki drobnokomórkowe i drobne ropnie prosówkowe; rozpoznano zatem *epiploitis subacuta pyogenes* (ropne podostre zapalenie sieci).

Przewlekłego zapalenia sieci nie omawia autor prawie zupełnie, gdyż zazwyczaj nie daje ono wspomnianych na wstępie objawów, a zależy zazwyczaj od zastoju w przewodzie pokarmowym i od jego zakażenia.

Zapalenie sieci ostre i podostre może powstać u osób dotychczas zdrowych, poczem ulec wyleczeniu samoistnemu, lub operacyjnemu, względnie przejść w postać przewlekłą.

Etjologicznie najczęstsze są zapalenia sieci bądź pooperacyjne, bądź występujące w trakcie, względnie po procesach zapalnych w jamie brzusznej. Opisywano również w piśmiennictwie epiploitis traumatica.

Zapalenia sieci po operacyjnem leczeniu przepukliny występują stosunkowo często i są niewątpliwie w związku z podwiązywaniem sieci en masse; sprzyja temu mniej lub więcej posunięty stan zapalny, związany z reakcją sieci na przepuklinę w postaci zrostów z workiem. Wystarczy jednak niekiedy samo odprowadzenie uwięźgniętej (choćby nie przyrosłej) sieci, aby wywołać jej podostre zapalenie i to na dużej przestrzeni, nietylko w części uwięźgniętej.

Omawiane schorzenie wystąpić może również po zwykłej laparotomji, w czasie której podwiązywano i resekowano częściowo sieć: tarcie suchemi gazikami i podwiązki *en masse*, mogą być tego przyczyną.

Drugim rodzajem zapaleń sieci są te, które powstają w związku z ostremi zapaleniami rozmaitych narządów jamy brzusznej, w szczególności wyrostka robaczkowego, esicy, jajowodów. Wiadomo bowiem, że sieć odgrywa rolę przeciwzakaźną, że podąża wszędzie tam, gdzie w jamie brzusznej rozgrywa się walka pomiędzy czynnikiem zakaźnym a organizmem.

Jeśli czynnik zakaźny jest dość silny, to przerywa on barjerę przeciwzakaźną sieci i wywołać może mniej lub więcej rozległe jej zapalenie.

Anatomicznie biorąc rozróżnić można postać plastyczną zapalenia sieci, oraz postać ropną. Mikroskopowy obraz nie różni się w niczem od typowego obrazu zapalenia.

Objawy kliniczne polegają na tępych bólach w brzuchu występujących szczególnie ostro przy ruchach; występują niekiedy ponadto wymioty, kolka brzuszna, biegunki i zaparcie, wzdęcie brzucha, gorączka.

Badanie wykazuje wówczas guz o konsystencji ciastowatej, o zarysach niekiedy dobrze zaznaczonych, o powierzchni kalafiarowatej. Pamiętać należy w różnicowaniu z guzami nowotworowemi.

Zastanawiając się nad patogenezą zapalenia sieci w swoim przypadku, autor odrzuca związek z zapaleniem wyrostka robaczkowego, oraz esicy, a przypuszcza związek z narządem rodnym. Ponieważ jednak ten ostatni nie wykazał żadnych anatomicznych odchyleń od normy, przeto autor stara się znaleźć wytłumaczenie we wstępującym zakażeniu narządu rodnego po menstruacji. Kilka takich obserwacji z piśmiennictwa i z własnego doświadczenia autor cytuje.

Zakażenia narządu płciowego u dziewic. (Les infections génitales chez les vierges). S i r e d e y. *La Gynécologie R. 33. Nr. 11, 1934 r., str. 673.*

W długim artykule utrzymanym w tonie raczej garści wspomnień z doświadczeń długiego życia wybitnego ginekologa, autor omawia sprawę schorzeń narządów płciowych u dziewic.

Na wstępie przestrzega przed przywiązywaniem zbyt dużej wagi do upławów, często spotykanych u dziewic, a będących raczej objawem osłabienia fizycznego i nerwowego, niż prawdziwego schorzenia płciowego. W tych przypadkach złą usługę oddaje stosowanie zbyt pośpieszne irygacji, zwłaszcza z dodatkiem zbyt silnych środków antyseptycznych, drażniących śluzówki pochwy i szyjki.

Autor dokonał szeregu badań rozmazów z wydzieliny pochwowej u dziewic i tylko w jednym znalazł ciałka ropne (mowa tu o dziewicach zdrowych, skarżących się od czasu do czasu na nadmierną wydzielinę z pochwy), i to w związku z banalnemi gronkowcami. W pozostałych stwierdzano liczne, ale nieszkodliwe prawdopodobnie, drobnoustroje, bez cech zapalnych w wydzielinie.

Jeśli chodzi o istotne schorzenia narządów płciowych u dziewic, to przedewszystkiem wspomnieć tu należy o rzeżączce, której nabawić się może dziewczynka czy panna przez zakażenie pośrednie za pośrednictwem bielizny, pościeli i innych przedmiotów zakażonych gonokokami. Wiadomo, że te drobnoustroje wywołać mogą nietylko zapalenie pochwy i upławy, ale nawet, co znacznie gorsze — zajęcie wewnętrznego narządu płciowego dziewicy, i być powodem trwałej niepłodności. Kilka takich przypadków autor przytacza z własnej obserwacji.

Pałeczka okrężnicy bywa przyczyną ciężkich i trudnych do rozpoznania schorzeń przydatków macicy. Punktem wyjścia może być wyrostek robaczkowy, ale także narząd moczowy. 2 ciekawe przypadki tego typu autor przytacza; w jednej z nich skończyło się na wycięciu macicy wraz z przydatkami, w drugiej na licznych zabiegach operacyjnych.

Nie należy zapominać o zakażeniach narządu rodnego, które mogą mieć swą przyczynę w zanieczyszczeniach brudem i kurzem dostających się z zewnątrz; w tych przypadkach wystarcza zazwyczaj obmycie sromu i zachowywanie zasad higjeny. Choroby zakaźne, jak ospa przedewszystkiem, a także płonica mogą być przyczyną zakażenia sromu, podobnie jak ciężki stan przy szeregu chorób zakaźnych sprzyja powstawaniu szeregu wyprysków na sromie i u wejścia do pochwy. Pozatem mogą tu wchodzić w grę żylaki i schorzenia skóry, charakterystyczne dla okresu pokwitania.

Kiła i gruźlica, zwłaszcza ta ostatnia, odgrywa ważną rolę w schorzeniach płciowych dziewic. Gruźlica przydatków zaczyna się niekiedy ostro, nagle, daje guzy rozmaitej wielkości a w przebiegu klinicznym szereg rozmaitych niespodzianek, i długą ciężką chorobę.

Należy często o niej myśleć, zwłaszcza w leczeniu narządów płciowych dziewic.

Kilka metod leczniczych godnych zalecenia w codziennej praktyce ginekologicznej. (Quelques procédés utiles en thérapeutique gynécologique courante). B e c k e r s R. *Bruxelles-Médical, A. XIV, Nr. 49, str. 1565, 1934 r.*

Autor omawia na zasadzie swego wieloletniego doświadczenia leczenie najczęstszych schorzeń narządu rodnego kobiety. Chodzi tu przedewszyst-

kiem o metody dostępne lekarzowi-praktykowi, wypróbowane, a więc najbardziej skuteczne.

W leczeniu schorzeń zapalnych macicy i przydatków wysuwa się na plan pierwszy *spokój*, i to przez czas dłuższy obliczony na 5 — 6 tygodni. Następnie po przejściu okresu ostrego zalecić należy *gorące irygacje*, które działają nietylko przeciwbólowo, ale także, zmniejszając przekrwienie miejscowe, przygotowują teren do dalszego leczenia.

Jako *środki* ściśle *przeciwbólowe* służyć mogą obok czopków z opium i belladonną jeszcze małe lawatywki z makowca, chloralu i antipyriny.

Przestrzykiwanie pochwy autor uważa za ważny środek leczniczy i stosuje przytem bądź leki przeciwgnilne (antiseptica), bądź poprostu usuwa wydzielinę wodą przegotowaną. Ponadto w celu oczyszczenia pochwy chętnie stosuje proszki przeciwgnilne: dermatol, ectogan, błękit metylenu i t. d. W postaci jajeczek lub rozczynów glicerynowych zaleca B. 1% ichthyol, 10% resorcynę, 20% thigenol, 20% tanninę i t. d. Wobec istnienia nadżerki na części pochwowej godne polecenia są *przypalania* jodyną, chlorkiem cynku 5%, kwasem chromowym 3% w rozczynie glicerynowym, merkurochromem. W przypadkach, kiedy część pochwowa jest obrzękła, powiększona, dobrze robią nakłucia jej, skierowane przeciwko jajkom Nabotha, podtrzymującym stan zapalny.

Ponadto autor gorąco poleca leczenie *bakterjami mlecznemi* (według Miecznikowa), gdyż pod wpływem tego leczenia flora schorzałej pochwy powraca do stanu fizjologicznego.

Leczenie wewnątrzmaciczne zostało w ostatnich czasach prawie całkowicie zarzucone: wszelkie smarowanie, wkraplanie, stosowanie ołówków żrących jest niebezpieczne, tembardziej, że wymaga uprzedniego rozszerzenie szyjki, co nie jest bez znaczenia, czy z zastosowaniem rozszerzaczy Hegara, czy pałeczek blaszecznicy (laminaria), czy gazy jodoformowej. Tembardziej przestrzec należy przed skrobanką macicy, która zaostrzyć może stan zapalny jajowodów, lub nawet spowodować pęknięcie torbieli.

Autor nie jest stronnikiem *masażu* ginekologicznego, uważając go za możliwy jedynie w stanach przewlekłych, opartych już raczej o zrosty i to z zastosowaniem daleko idącej ostrożności.

Leczenie szczepionkami poza *adnexitis tuberculosa* jest godnym polecenia sposobem leczniczym, zwłaszcza w zakażeniach gronkowcowych i pałeczką okrężnicy.

Najbardziej odpornym wydaje się paciorkowiec, gonokok stoi mniejwięcej w miejscu pośredniem pod tym względem. Szczególnie zachęcające wyniki daje szczepienie miejscowe w miejscu wejścia zakażenia (vaccination par porte d'entrée), a więc jeśli chodzi o praktykę ginekologiczną — do części pochwowej, do okolicy cewki, do śluzówki przedsionka okolicy gruczołu Bartholina i t. d.

Wytwarzanie autoszczepionek z wydzielin szyjki lub pochwy często chybia celu, gdyż na posiewach rozwijają się nie interesujące nas bakterje chorobotwórcze, a saprofity, obdarzone większą zdolnością przystosowania się do warunków życia na podłożach sztucznych. Stąd autor przedewszystkiem zaleca szczepionki wielowartościowe mieszane.

Oprócz injekcji szczepionek, podawać je można w postaci jajeczek glicerynowych, rozczynów szczepionkowych w glicerynie lub w postaci paseczków gazy nasyconych szczepionką. Tę ostatnią postać uważa autor za najmniej godną polecenia.

Pierwszemi objawami leczniczego działania szczepionek jest zmniejszenie bólów i przekrwienia. Upławy z ropnych stają się śluzowe, bardziej płynne, a następnie rozrzedzając się nadal, znikają wreszcie. Zapalenie pochwy mija zazwyczaj przytem, natomiast nadżerka części pochwowej, jakkolwiek zmniejsza się i blednie — jednak w niektórych przypadkach nie podlega zupełnemu wyleczeniu.

W tych przypadkach zastosować należy przyżeganie szyjki i nadżerki ołówkiem żrącym t. zw. Filhos (u nas nieznanym — przyp. refer.) lub innym preparatem chemicznym.

Przechodząc wreszcie do leczenia zapalenia jajowodów autor podkreśla dobre wyniki uzyskane z zastosowania leczenia szczepionkami jednocześnie z nagrzewaniem diatermją.

W gruźlicy przydatków leczeniem najbardziej godnym zalecenia jest naświetlanie promieniami Roentgena.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Przewlekłe owrzodzenie prącia w przebiegu choroby Nicolas-Favre'a. (Sur l'ulcère chronique de la verge, dans la maladie de Nicolas et Favre). A. Cedercreutz.

Annales de Dermat. et de Syphil. Nr. 6, 1934.

W przebiegu limfogranulomatozy pachwinowej znany i często opisywany jest szereg obrazów klinicznych do siebie niepodobnych. Do najczęstszych należy słoniowacizna. sromu, przewlekłe owrzodzenie sromu, do rzadszych t. zw. syphiloma ano - rectale. Autor podaje opis 4 przypadków przewlekłego owrzodzenia prącia; 2 w rowku pozażołędnym i 2 w okolicy wędzidełka, te ostatnie szczególnie uporczywe doprowadziły do słoniowacizny organów rodnych. Owrzodzenia te nie mogą być w żadnym wypadku uważane za pierwotny wykwit limfogranulomatozy, gdyż wykwit pierwotny jest nadżerką o cechach banalnych, szybko gojąca się, opisane natomiast owrzodzenia utrzymywały się po kilka miesięcy, były dosyć głębokie a towarzyszył im wyraźny naciek naczyń chłonnych. Oczyn *Frei'a* w trzech przypadkach był silnie dodatni, w jednym niebadany.

Leczenie: promienie X z równoczesnem stosowaniem wstrzykiwań winianu antymonu.

O wiewiórowych surowiczych odczynach w płynie mózgo-rdzeniowym. (Sur la séro-réaction blennorragique dans le liquide céphalo-rachidien). J. Gadrat.

Annales de Dermat. et de Syphil. Nr. 6, 1934.

Wiewiórowe odczyny surowicy mogą w znacznym odsetku być dodatnie (66%) w płynie mózgo-rdzeniowym w przebiegu rzeżączki zwłaszcza powikłanej.

W płynie mózgo - rdzeniowym pozostają one dłużej jako dodatnie niż we krwi, mogą utrzymac się poza momentem wyleczenia klinicznego i bakterjologicznego.

Odczynom tym nie towarzyszą żadne inne zmiany w płynie ani chemiczne, ani cytologiczne.

Dodatnich niespecyficznych odczynów otrzymujemy 16%. Naogół dodatni ten odczyn w płynie mózgordzeniowym daje trzy szanse przeciwko jednej za rozpoznaniem wiewióra. Brak badań kontrolnych na osobnikach zdrowych.

Wyprysk osesków a alergja. (Eczéma du nourrisson et allergie). A. Sézary.

La Presse Médic. Nr. 83, 1934.

Z pomiędzy wielu postaci wyprysku ta, którą spotyka się u osesków, umiejscowiona na twarzy i trwająca tylko w okresie karmienia mlekiem — stanowi typ kliniczny odrębny, wyosobniony, powszechnie określany nazwą „wyprysk osesków". Z pojęciem wyprysku łączy się współistnienie pewnego szczególnego uczulenia czyli alergji, będącej jedną z przyczyn powstawania wyprysku. Zestawienie ostatnich zdobyczy, uzyskanych przez pedjatrów wraz z wiadomościami dermatologicznemi oświetla nieco bliżej ten typ wyprysku pochodzenia endogennego, którego patogeneza jest jeszcze całkiem niejasna.

Pierwsze kroki zawdzięczamy autorom amerykańskim, którzy wykryli szczególną wrażliwość skóry osesków na białko kurze. Według *Woringera* 50 — 70% osesków z wypryskiem wykazuje odczyny dodatnie. Do wykrycia tego zjawiska służą nam badania bezpośrednie (naskórne, najczulsze, śródskórkowe i mało czułe naskórkowe) i badania pośrednie (*Prausnitz-Küstner*) nie zawsze dające dodatnie wyniki. Jako odczyn dodatni otrzymujemy obrzękową grudkę (bąbel), która zjawia się w kilka minut po zaszczepieniu, osiąga najwyższe nasilenie w 10 — 20 minut, znika po godzinie. Spożycie białka lub zastrzyk podskórny moze także wykazać uczulenie u oseska. Spożycie białka daje wyniki bardzo niestałe, zastrzyk podskórny może być niebezpieczny, wywołuje rozsianą osutkę pokrzywkową i wstrząs (ten ostatni tylko w przypadkach w których odczyn Prausnitz-Küstnera jest dodatni). Tak więc u osesków wypryskowych skóra jest szczególnie na białko kurze uczulona ale może też istnieć, jak to wykazują odczyny Pr.-Küstnera, uczulenie ogólne, humoralne.

Woringer w swoich badaniach rozróżnia 3 typy tej alergji. Pierwszy — spostrzegamy w około ⅔ wszystkich przypadków, charakteryzujący się potrójnemi odczynami dodatniemi t. zn.: pokrzywkowym bąblem po szczepieniu bezpośrednim, osutką rozsianą i wstrząsem po szczepieniu podskórnem. Drugi typ obejmuje około ⅓ przypadków a cechuje się ujemnym odczynem Prausnitz-Küstnera, brakiem rozsianej osutki i wstrząsu po zastrzyku podskórnym. Jedynie bezpośrednie badania dają wyniki dodatnie. Trzeci typ jest bardzo rzadki (około 2%) a wykazuje brak dodatnich badań bezpośrednich, brak rozsianej osutki po zastrzyku podskórnym, wykazuje natomiast wstrząs i dodatni odczyn Pr.-Küstnera. Wkońcu należy dodać, że ten stan alergiczny istnieje u osesków od chwili zjawienia się wyprysku a utrzymuje się nawet kilka lat po ustąpieniu wyprysku i z wiekiem dziecka znika zupełnie.

Porównując powyższe dane z wynikami analogicznymi w wypryskach innych typów należy zauważyć, że główną siedzibą uczulenia skóry u osesków nie jest naskórek, tak jak to stwierdzano w przypadkach innych wyprysków, w których najsilniejsze wyniki dodatnie uzyskujemy po szczepieniach naskórkowych, a elementem sztucznie wywołanym jest wykwit pęcherzykowy. Ponadto w wypryskach naogół odczyn Pr.-Küstnera bywa ujemny, co dowodzi obecności wyłącznie uczulenia skóry. W wyprysku osesków natomiast stwierdza się często obecność uczulenia humoralnego czyli obecność antygenu, krążącego we krwi. Jeżeli przyjmiemy, że uczuleniu każdej tkanki odpowiada inny wykwit doświadczalny a mianowicie: uczuleniu naskórka odczyn rumieniowo-pęcherzykowy, uczuleniu skóry właściwej grudka naciekowo-zapalna, utrzymująca się kilka dni, a uczuleniu układu naczyniowego grudka obrzękowa krótkotrwała, — to należy stwierdzić, że w przypadkach wyprysku osesków mamy do czynienia z uczuleniem naczyń włosowatych i z uczuleniem humoralnem — a nie z uczuleniem naskórka, jak w innych wypryskach. Wyniki *Woringera* pozwalają dalej rozróżnić już to całkowite uczulenie humoralno-naczyniowe, już to jedynie naczyniowe, charakteryzujące się dodatnim odczynem po szczepieniu bezpośredniem a ujemnym odczynem Pr.-Küstnera. Ponadto istnieją także przypadki uczulenia wyłączenie humoralnego, w których odczyn Pr.-Küstnera wypada dodatnio.

Z powyższego wynika, że alergja na białko kurze, spotykana u osesków — dotyczy tylko krwi lub ścian naczyń włosowatych skóry, łącznie lub oddzielnie — a niema żadnego związku z naskórkiem — więc alergja ta właściwie nie jest egzematogenną.

Istnienie tej skazy, która towarzyszy wypryskowi osesków, nie tłumaczy nam bezpośrednio ani etjologji ani patogenezy tego schorzenia, tłumaczy nam jednakże szereg zjawisk klinicznych, spotykanych często w przebiegu tego wyprysku. Nagłe zejście śmiertelne, które zdarza się często po raptownej zmianie odżywiania, naprzykład wkrótce po umieszczeniu dziecka w szpitalu, szereg zaburzeń nerwowych i naczyniowych, poprzedzających zejście, — to są zjawiska, które łatwo dają się wytłumaczyć istnieniem uczulenia humoralnego. Sekcja w takich przypadkach zwykle nie wykazuje innych zmian poza spotykanemi w przebiegu wstrząsu anafilaktycznego. *Woringer* spostrzegł w przebiegu swoich badań w związku ze szczepieniem śródskórnem w chwili powstawania bąbla niepokój u dzieci, oddawanie moczu i kału a także zapaść. W następstwie tego zjawiał się znaczny spadek wagi ciała. Inni spostrzegali krótkotrwałe podniesienia ciepłoty, przejściowe zaburzenia w przewodzie pokarmowym, zaburzenia w podstawowej przemianie a także białkomocz którego zjawienie się przypisujemy również wstrząsom anafilaktycznym, skoro dzięki pracom *Francka* wiemy, że istnieją alergiczne zapalenia nerek.

Wykrycie alergji w przypadkach wyprysku osesków nie posunęło ani o krok naprzód sprawy rozstrzygnięcia etjologji tego schorzenia. Tak zresztą jak i wykrycie uczulenia nie rozstrzyga etjologji wyprysku wogóle. Odczyny skórne są zawodne i fałszywe Wiemy, że antygen, który niewątpliwie wywołuje wyprysk w danym przypadku, może nie dać dodatniego odczynu skórnego — przeciwnie inny antygen całkiem niespodziewanie może dać wynik dodatni. Oseski z wypryskiem przedstawiają poza tem uczulenie nietylko na białko kurze ale i na inne białka, z któ-

remi nietylko same nie zdążyły się zetknąć, ale z któremi niekiedy nawet ich matki nie stykały się w czasie ciąży. Dodać należy, że odczyny na białko mleka są w przypadkach wyprysku u oseskόw również dodatnie, lecz w znacznie mniejszym odsetku niż na białko kurze. Wykrycie uczulenia na białko kurze było bodźcem dla innych autorów do szukania innych alergenów, np. bakteryjnych i produktów trawienia. Biorąc pod uwagę fakt, że wyprysk utrzymuje się ściśle w ciągu pierwszych dwuch lat należy zastanowić się, czy przyczyną jego powstania nie jest inwolucja jakiejś tkanki lub narządu, zachodząca w tym wieku u człowieka. Stwierdzenie „skazy alergicznej“ znacznego odsetka osesków z wypryskiem — jest niewątpliwie krokiem naprzód w zrozumieniu powikłań, jakie zachodzą w przebiegu tego schorzenia, którego przyczyna do dziś dnia jest całkiem nieznana.

W sprawie wydalania chlorków z moczem w pęcherzykowych schorzeniach skóry. (L'élimination urinaire des chlorures dals les affections bulleuses et vésiculeuses de la peau). R. Z o r n, P. P o c h r i s t o f f.

Annales de Derm. et de syphil. 1934, Nr. 7.

Z licznych dotychczasowych badań wynika znaczna rozbieżność zapatrywań, dotyczących wydzielania chlorków z moczem w przebiegu schorzeń pęcherzykowych skóry. Prace ostatnich lat coraz zgodniej jednak stwierdzają zatrzymanie chlorków w organizmie w okresie wybuchu wykwitów pęcherzykowych, przyczem szereg autorów przypisuje właśnie temu zjawisku duże znaczenie jako czynnikowi etjologicznemu w powstaniu tych schorzeń.

Ażeby dobrze zdać sobie sprawę z zaburzeń w wydzielaniu chlorków zastosował autor u chorych odpowiednią djetę jużto całkowicie bezsolną (zawierającą około 1,5 gramów soli) już tę samą djetę z dodatkiem 5 ewentualnie więcej gramów soli. W tych warunkach badano całkowitą ilość moczu prawie codziennie. W niektórych przypadkach ponadto badano skórę (wycinki) na zawartość chlorków. Ogółem zbadano 27 przypadków (jeden pęcherzycy, 12 wyprysku, 3 prurigo. Besniera, 3 erythrodermia posalvarsanowa i t. d.).

We wszystkich wypadkach wyprysku i pęcherzycy stwierdzono zatrzymanie chlorków, występujące równocześnie z wybuchem pęcherzyków lub ze wzmożeniem się sączenia. Z chwilą gdy sączenie zmniejsza się — wydalanie chlorków zbliża się do normalnego, swędzenie ustępuje. Na pytanie, gdzie zostają rozmieszczone chlorki nie wydalone z organizmu — szereg autorów twierdzi w odpowiedzi, że chlorki te zatrzymuje skóra, która jest w stanie związać dwie trzecie ogólnej ilości chlorków.

Badania autorów, dotyczące tego zagadnienia a wykonane ze skrawkami skóry odpowiednich odcinków, nie we wszystkich przypadkach potwierdziło tą hipotezę.

Biorąc pod uwagę, że ostremu wybuchowi pęcherzyków towarzyszy prawie z reguły zatrzymanie chlorków, zdaje się być wskazanem zastosowanie w tym okresie djety bezsolnej, ale jedynie do chwili rozpoczęcia normalnego wydzielania się chlorków. Ciekawe zjawisko spostrzegli autorzy w przypadkach zastosowania novarsenobenzolu. Novarsenobenzol sprowadza oprócz innych zmian w moczu także zatrzymywanie chlorków. Nie można, zdaniem autorów, zatrzymywanie się chlorków w moczu uważać za czynnik etjologiczny, wywołujący wybuch pęcherzyków. Zjawisko to jest raczej następstwem, a nie przyczyną obrzęku skóry i spongiozy naskórka.

O reaginach przeciwmózgowych w płynie mózgo-rdzeniowym u paralityków i tabetyków. (Sur la présence de réagines anti-cerveau dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques). R. D e m a n c h e.

Annales de Derm. et de syphil. Nr. 7, 1934.

Oddawna już stwierdzono, że odczyny biologiczne w płynie mózgo-rdzeniowym w przypadkach zakażenia kiłowego są autonomiczne i że odczyn wiązania dopełniacza w płynie m-rdz. jest niezależny od odczynu w surowicy krwi. Następnie *Ravaut* wykazał, że reaginy płynu mózgo-rdzeniowego pochodzą z tkanki nerwowej. Jeżeli uogólniające się zakażenie kiłowe jest przyczyną pojawienia się w surowicy krwi i w sokach osobników zakażonych przeciwciał banalnych, reagujących z lipoidami, znajdującymi się gdziekolwiek w organizmie, to czyż nie można przypuszczać, że umiejscowienie tego zakażenia w narządzie tak bardzo zróżniczkowanym, jakim jest mózg lub rdzeń, może wywoływać powstanie specyficznych przeciwciał, znajdujących się głównie w płynie mózgo-rdzeniowym a dających odczyny z lipoidami tkanki mózgowej. Jeżeli takie przeciwciała rzeczywiście istnieją, można wykazać ich obecność jedynie przy pomocy wyciągów mózgowych. Łatwo zrozumieć, jakie korzyści przedstawia używanie takich właśnie wyciągów mózgowych w przypadkach kiły układu nerwowego zamiast wyciągów powszechnie używanych z mięśnia sercowego.

Autor wykonał około 1000 odczynów zarówno w płynie mózgo-rdzeniowym jak i w surowicy krwi w różnych przypadkach kiły, głównie układu nerwowego.

Wyniki własnych badań i wyniki prac dotychczasowych, na których autor opierał się, zmierzają do jednych i tych samych wniosków: u paralityków i tabetyków zwłaszcza w okresie, gdy proces chorobowy jest czynny, prawie zawsze otrzymujemy dodatnie odczyny wiązania dopełniacza w płynie przy użyciu wyciągów mózgowych. Odczyny te są czulsze na wpływy lecznicze od odczynów zwykłych z wyciągiem mięśnia sercowego. Przeciwnie, w innych postaciach kiły układu nerwowego płyn mózgo-rdzeniowy nie reaguje z wyciągiem z tkanki mózgowej, ani w kile właściwej mózgo-rdzeniowej ani w przejściowym okresie zaatakowania opon przez kiłę drugorzędową, podczas gdy wyciągi z mięśnia sercowego we wszystkich tych przypadkach dają wyniki dodatnie.

Ujemne wyniki otrzymuje się również, stosując wyciągi tkanki nerwowej w niekiłowych schorzeniach układu nerwowego. Co się tyczy surowicy krwi, to z reguły nie reaguje ona z wyciągami z tkanki nerwowej. Wyjątki od tej reguły stanowią tylko nieliczne tylko przypadki kiły I i kiły II. Można więc powiedzieć, że z wyciągami mózgowymi reagują tylko płyny chorych, dotkniętych mózgowemi zmianami tkanki nerwowej, chorych stanowiących grupę schorzeń paraluetycznych. Tych

specyficznych reagin przeciwmózgowych nie znajdujemy w surowicy ani w płynach osobników kiłowych z innemi schorzeniami układu nerwowego. Obecność tych ciał potwierdza teorję, dotyczącą mózgowego pochodzenia przeciwciał w płynie mózgo-rdzeniowym i jest nowym argumentem specyficznego działania lipoidów mózgowych. Dla rozpoznawania schorzeń paraluetycznych jest to jeszcze jeden dodatkowy odczyn biologiczny.

Cheilitis glandularis (La cheilite glandulaire — état précancéreux de la lévre inférieure). Touraine, Solente.

Presse Médic. 1934. Nr. 10.

Rozpoznanie schorzenia opiera się na szeregu zasadniczych objawów: drobne plamki zaczerwienione, początkowo nie wyniosłe, później nieznacznie ponad powierzchnię wystające w środkowej części zaklęśnięte. Na dnie zaklęśnięcia widoczne niekiedy ujście gruczołu ślinowego. Po uciśnięciu wargi z ujścia wyciska się kropelka wydzieliny. Przebieg schorzenia jest powolny — długotrwały. Schorzenie to może przejść w postać złośliwą, co udaje się napewno stwierdzić dopiero po wykonaniu biopsji. Leczenie: zwykle miejscowe w połączeniu z radioterapią.

Próby leczenia kiły nowym środkiem, pochodnym rtęci (Essai de traitement de la syphilis par un nouveau composé mercuriel mixte) C. Simon.

Bulletin Médic. 1934. Nr. 6.

Skład nowego leku, rozpuszczalnego w oliwie pochodnego rtęci przypomina formułę bismuthylcamphocarbonat'u. Roztwór 1% tego nowego leku wstrzykuje się w ilości 0,01 dwa razy tygodniowo. Lek ten bywa znoszony dobrze, wyniki lecznicze nie są tak doskonałe, jak po preparatach arsenowych lub po bizmucie. Wprowadzenie tego leku do lecznictwa kiły jest pomimo to krokiem naprzód, gdyż jest to środek najlepszy z dotychczasowych rtęciowych i poza przypadkami, w których istnieją szczególne wskazania do stosowania rtęci, nadaje się doskonale do „leczenia utrwalającego", gdyż nie wywołuje pojawienia się szarego obrąbka na dziąsłach.

Podsiarczyn sodowy przeciwko powikłaniom w przebiegu chrysoterapji (L'hyposulfite de soude contre les accidents de la chrysothérapie). J. Vignati, Ch. Hradisté, V. Skalak.

La Presse Médic. 1934. Nr. 11.

Leczenie złotem stosowali autorzy w 217 przypadkach. Powikłania, jakie zachodzą w tej kuracji dzielą oni na 1. anafilaktyczne, 2. biotropiczne i 3. toksyczne.

Działanie podsiarczynu sodowego jest zapobiegawcze przeciw powikłaniom anafilaktycznym. Na powikłania natury biotropicznej podsiarczyn nie ma wpływu, działa natomiast dobrze w powikłaniach natury toksycznej. Autorzy nawołują do szerszego stosowania tego środka w celach zapobiegawczych w przebiegu chrysoterapji.

Z. Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Wpływ leczniczy miesienia na nadmiernie wysokie ciśnienie krwi. Pierwotne postacie nadmiernie wysokiego ciśnienia krwi są następstwem, wg. Gumewardene'a (British med. Journ. z 16.XII.1933 r.), zbyt skąpego używania ruchów i wysiłków mięśniowych. Wywołując zapomocą miesienia elektrycznego skurcze licznych grup mięśniowych, osiągnięto tą drogą w wielu przypadkach samoistnego wzmożenia ciśnienia krwi obniżenie tego ciśnienia do poziomu prawidłowego i ustąpienie dolegliwości podmiotowych — bez jakichkolwiek powikłań i bez występowania zmęczenia ze strony chorego (Poumailloux — Paris Médical Nr. 45, listopad 1934).

Cz.

Unieruchomienie w celach leczniczych klatki piersiowej zapomocą wstrzyknięcia alkoholu w otoczenie nerwów międzyżebrowych. W przypadkach gruźlicy płuc wrzodziejącej, w których nie udaje się sprowadzić unieruchomienie płuca środkami zwykłemi, próbowano osiągnąć ten cel na drodze porażenia mięśni międzyżebrowych przez wstrzyknięcie do każdej przestrzeni międzyżebrowej (II — X żebra) — 1 cm^3 5% nowokainy i 3 cm^3 95% alkoholu. Wynik bezpośredni był dobry — unieruchomienie osiągnięto. (Tobé, Fouré i Monod — La Presse Méd. Nr. 100, 1934).

Cz.

Leczenie przewlekłych zapaleń rzeżączkowych sterczu wstrzykiwaniami szczepionki do tkanki sterczu. Leczenie takie jest wskazane w przypadkach, opornych na zwykle stosowane metody lecznicze; przeciwwskazaniem będą tutaj ostre zapalenia cewki moczowej, najądrza lub sterczu. Szczepionkę przeciwrzeżączkową wstrzykuje się najdogodniej od strony krocza (pod kontrolą palca, wprowadzonego do kiszki stol-

cowej), w kierunku dolno-tylnej powierzchni gruczołu krokowego. Zaczyna się od dawki ½ cm³ szczepionki (250 miljonów gonokoków), stopniowo powiększając ją (w odstępach 2 — 4 dniowych). Odczyn ogólny polega na gorączce, utrzymującej się 36 — 48 godzin, bólach głowy i ogólnem rozłamaniu; odczyn miejscowy — na znacznem obrzmieniu i bolesności sterczu. Objawy te ustępują w ciągu kilku dni. Ostateczne wyniki lecznicze bywają bardzo dobre — wyleczenie kliniczne i bakterjologiczne osiągnięto w 70% przypadków. (Wugmeister — Journ. d'Urologie Nr. 5, listopad 1934).

Cz.

BIBLJOGRAFJA

P. Weiller. Les lavages de plévre. Masson et Cie. 1934. 130 str. 23 rys. Cena 26 fr. fr.

Tytuł nie zupełnie ścisły, autorowi chodzi o leczenie płukaniem przedewszystkiem, jeżeli nie jedynie, otoków opłucnej, wikłających sprawę gruźliczą, a przeważnie powstających w następstwie odmy sztucznej. Dlatego też należy polecić to dzieło szczególnie ftizjologom, chociaż i chirurdzy znajdą w niem sporo ciekawych rzeczy, dotyczących postępowania w ropnych zapaleniach opłucny. Technika zabiegów przedstawiona jest bardzo szczegółowo, a ponieważ nie nastręcza specjalnych trudności, więc zapewne w krótkim czasie rozpowszechni się ten sposób postępowania, tem bardziej, że, jak z załączonych spostrzeżeń wynika, rezultaty są przeważnie dobre, a liczba powikłań minimalna.

G. Canuyt et P. Daull. Les phlegmons de la loge amygdylienne. Masson et Cie. 1934. str. 136. rys. 35. Cena 16 fr. fr.

Kolejny tomik zbioru: **„Médicine et chirurgie pratique"** wydawany przez Masson et Cie zajmuje się sprawą interesującą nie tylko laryngologa, ale i to przedewszystkiem, lekarza praktyka — ropniami migdałków. W krótkich, jasnych słowach podana jest anatomja, etjologja, patologja i leczenie tych niekiedy tak groźnych spraw. Przeczytanie tego dziełka można gorącą polecić każdemu, komu warunki nie pozwalają na zasięgnięcie w razie potrzeby opinji i pomocy specjalisty.

M. Roch. Les traitements de l'hypertension artérielle. Masson et Cie. 1934 148 str. Cena 20 fr. fr.

Następny zkolei tomik powyższego zbioru zajmuje się leczeniem nadciśnienia, a więc sprawą dziś szczególnie aktualną. Czyni to w sposób bardzo pożądany, a niestety zrzadka spotykany w tego rodzaju wydawnictwach. Zmusza mianowicie lekarza do zastanowienia się, względnie wykrycia istotnego tła cierpienia i nieustannie kładzie nacisk na leczenie przyczynowo-podstawowe, daleko mniej uwagi poświecając właściwym lekom obniżającym ciśnienie, chociaż oczywiście i te są wystarczająco uwzględnione. Wobec tego, że dziś co drugi chory, albo wie jakie ma ciśnienie, albo przynajmniej podejrzewa, że ma nadciśnienie, dziełko powyższe jest bardzo na czasie i pozwoli niejednemu mniej obeznanemu ze sprawami takiemi jak napadowe nadciśnienie, nadciśnienie wtórne, zmiany w zakresie minimum i maximum etc. na szybkie zorjentowanie się w najważniejszych pytaniach i ułatwi mu wytyczenie leczenia.

H. Schaeffer et E. Biancani. Les agents physiques dans le traitement des maladies nerveuses. Masson et Cie. 1934. 179 str. Cena 20 fr. fr.

Zgodnie z tytułem książka niniejsza jest właściwie krótkiem wyliczeniem tych sposobów z zakresu przyrodolecznictwa, które mogą być stosowane w cierpieniach tak ośrodkowego jak i obwodowego układu nerwowego. Wobec swej przejrzystości może książeczka ta oddać pewne usługi albo początkującemu neurologowi, albo może w jeszcze większym stopniu lekarzowi, który rozporządzając instrumentarjum przyrodoleczniczem chciałby zorjentować się nie w szczegółach zabiegów, lecz w ich wyborze w poszczególnych cierpieniach układu nerwowego.

Chiray et P. Chene. Précis de sémiologie médicale appliquée. Masson et Cie. 1934. 608 str. 354 rys. Cena 60 fr. fr.

Bardzo ładnie napisany i bardzo zwięzły wstęp do właściwych badań klinicznych zwraca się przedewszystkiem do zupełnie początkujących, czyli studentów i dla nich

posiada niewątpliwie dużą wartość. Jest bowiem tani, zwięzły, a jednak bardzo wszechstronny i nadzwyczaj przejrzysty. Lekarz będzie raczej posługiwał się większemi wydawnictwami tego rodzaju.

Pasteur Vallery Radot. Pathologie de l'appareil urinaire. 1934. 202 str. Cena 22 fr. fr.

Abecadło urologji, napisane nieomal w stylu telegraficznym, a jednak z taką znajomością przedmiotu i talentem nauczania, że właściwie w tych niewielu stronicach znajdujemy wszystkie najważniejsze wskazówki, tak rozpoznawcze, jak i lecznicze. Poczynając od wyliczenia typowych skarg chorych i typowych objawów przechodzi autor do przedstawienia sposobów badania układu moczowego, zwłaszcza nerek, ich wydolności i t. p. W końcu omówione są sprawy chorobowe nerek i pęcherza. Niektóre choroby są przedstawione tylko w kilku słowach, pomimo to jednak książka powyższa posiada tak nieprzeciętne walory orjentacyjne, że najgoręcej możemy ją polecić każdemu, a zwłaszcza ogólnemu praktykowi.

A. Clerc. Problèmes actuels de pathologie médicale. Masson et Cie. 1934. 340 str. Cena 45 fr. fr.

Po raz trzeci ukazują się, tym razem pod redakcją A. Clerc'a, wykłady kursów dokształcających Wydziału Paryskiego. Podobnie, jak i poprzednie tomy, obfituje i niniejszy w bardzo ciekawe tematy, oświetlone przez najwybitniejszych specjalistów i badaczy. Zadaleko zaprowadziłoby nas podawanie spisu wszystkich wykładów, zanotujemy tylko ważniejsze. Znajdziemy tam więc: zaburzenia serca w cukrzycy, złośliwe postacie zupełnej niemiarowości, kiłę żołądka, kiłę wrodzoną ukrytą, powikłania płucne pogrypowe i wiele innych.

Mignon. Pour et contre le transformisme. Masson et Cie. 1934. 552 str. Cena 50 fr. fr.

Właściwie książka powinna nosić tytuł apologja *Vialleton'a*, albowiem koniec końców taki jest cel autora, chociaż trzeba oddać sprawiedliwość, że stara się on w miarę możności zachować bezstronność. Roztrząsa autor teorję *Darwina*, *Lamarka* i innych „transformistów", aby tem wydatniej uwypuklić słuszność wywodów *Vialleton'a*, który, jak wiadomo, odrzuca zasadniczo zmienność gatunków, a więc wstrząsa posadami współczesnej nauki. Książka, którą z niesłabnącem zainteresowaniem przeczytają wszyscy interesujący się więcej oderwanemi zagadnieniami, a i lekarzowi-praktykowi lektura tego dzieła może dać wiele miłych chwil.

KRONIKA

Otrzymaliśmy z prośbą o umieszczenie następujące zawiadomienie:

NOWE SANATORJUM DLA GRUŹLICY CHIRURGICZNEJ.

Jest niem Sanatorjum Św. Tadeusza dla dzieci — fundacja Sierakowskiej — w Ciechocinku.

Instytucja ta, istniejąca w Ciechocinku od 6-ciu lat, obecnie została dostosowana do leczenia gruźlicy kostno-stawowej i gruczołowej.

Sanatorjum czynne jest przez cały rok. Pracownia analityczna. Rentgen. Kąpiele solankowe i inne. Naświetlania słoneczne, lampa kwarcowa i t. p. Przyjmowane są dzieci od 4 — 12 lat. Opłata 5 zł. dziennie.

W ten sposób doskonałe warunki zdrojowe Ciechocinka, zostały racjonalnie wyzyskane do walki z gruźlicą chirurgiczną, która dzięki brakowi urządzeń tego typu była leczona dotychczas w Ciechocinku nie dość systematycznie. Utworzenie nowego — 3-go po Zakopanem i Busku — sanatorjum dla gruźlicy chirurgicznej choć częściowo wypełni duże jeszcze w tej zaniedbanej u nas dziedzinie zapotrzebowanie.

Kierownik Sanatorjum.
D. Deloff.

PROGRAM KURSU DLA LEKARZY I DZIAŁACZY SPOŁECZNYCH Z ZAKRESU PORADNICTWA PRZEDŚLUBNEGO, W DNIU 1, 2, I 3 LUTYM 1935 ROKU. — WPISOWE 5 ZŁOTYCH.

1 Luty.

Godz. 20 — 21. Otwarcie kursu. Podział, cele, zadania naukowej i praktycznej eugeniki oraz typy poradnictwa — dr. med. Leon Wernic.

Godz. 21 — 22. Poradnictwo przedślubne — dr. med. Jan Nowakowski.

2 Luty.

Godz. 9 — 10. Ruch eugeniczny w Polsce i zagranicą — dr. med. Ksawery Sieńko.

Godz. 10 — 12. Typy a rasy antropologiczne — prof. Eugenja Stołyhwo.

Godz. 12 — 13. Ustawodawstwo eugeniczne i elementy eugeniczne w prawodawstwie małżeńskiem — sędzia Kazimierz Fleszyński.

Godz. 13 — 14. Dziedziczenie w patologji — doc. Henryk Gnoiński.

Godz. 14 — 15. Dziedziczenie głuchoniemoty — dr. med. Aleksander Żebrowski.

Godz. 17 — 18. Dziedziczenie chorób umysłowych — dr. med. Ryszard Dreszer.

Godz. 18 — 19. Poradnia przeciwkiłowa dla matki i dziecka — dr. med. Tadeusz Welfl.

3 Luty.

Godz. 9 — 10. Narkomanja i jej znaczenie eugeniczne — doc. Gustaw Szulc.

Godz. 10 — 11. Znaczenie społeczne chorób wenerycznych, a eugenika i zwyrodnienie rasy — dr. med. Henryk Szczodrowski.

Godz. 11 — 13. Zboczenia płciowe i dziedziczenie ich — prof. med. Grzywo-Dąbrowski.

Godz. 13 — 14. Dziedziczenie chorób oczu — prof. H. W. Melanowski.

Godz. 17 — 18. O organizacji prac instruktorów i instruktorek eugenicznych — dr. med. Leon Wernic.

Godz. 18 — 19. Walka ze zgrzybiałością a eugenika — dr. med. Stanisław Żurakowski.

Zamknięcie kursów.

(Dopuszczalne są zmiany w programie).

DONIOSŁA KONFERENCJA LEKARZY W SPRAWIE HIGJENY PRACY W POLSCE.

Codzień przez szpalty dzienników i czasopism dochodzą nas echa fatalnych warunków zdrowotnych pracy w fabrykach i w większych warsztatach pracy, w jakich zarabiać musi na chleb ludność robotnicza Polski. Oto niedawno w Warszawie zatruło się kilkanaście robotnic gazem przy produkcji bateryj kieszonkowych. Pamiętamy wszyscy wielkie katastrofy, jak runięcie rusztowania przy budowie kościoła w Katowicach, jak pożar fabryki tkackiej M. W. w Łodzi w marcu r. ub., kiedy to spaliły się żywcem trzy osoby, a przeszło dwadzieścia doznało poparzeń, czyniących je na czas długi kalekami; przeżyliśmy kilka większych wypadków w górnictwie na Śląsku i kilka większych katastrof budowlanych w Warszawie i innych miastach Polski.

Oto ponury obraz naszych stosunków pracy.

Niestety, jest to obraz bardzo niepełny. Brak w nim tych licznych wypadków przy pracy, które nie były dość krwawe i liczebne, aby mogły dostąpić zaszczytu wzmianki kronikarskiej. I brak w tem pobieżnem zestawieniu jednej z największych pozycji strat: a mianowicie, tej sumy zdrowia, którą dzień po dniu traci ludność robotnicza wskutek braku higjeny pracy.

Praca w Polsce odbywa się w większości fabryk w pomieszczeniach dusznych, ciasnych i ciemnych. Pracuje się w pyle, brudzie i nieporządku. Brak jest najbardziej elementarnych środków ochronnych przed gazami, pyłem i trującemi substancjami chemicznemi. Warunki bezpieczeństwa urągają wszelkim przepisom. W wypadkach przy pracy najczęściej nie ma kto udzielić pierwszej pomocy, bo brak jest osoby fachowej do opatrywania ran, brak też często skrzynki ratunkowej z opatrunkami. Wskutek takich zaniedbań najdrobniejsze okaleczenia często kończą się tragicznie — pociąga za sobą konieczność amputacyj i trwałe kalectwa. Przemysł nasz nie docenia wielkiej roli, jaką mają dobre warunki pracy, już nietylko dla zdrowia i życia robotnika, ale także i dla wydajności jego pracy.

Wskutek tych stosunków olbrzymie straty zarówno ludność robotnicza sama, jak społeczna, gospodarka narodowa i produkcja. Jest to karygodne marnotrawienie zdrowia ludzkiego — jedynej trwałej podstawy narodu.

Instytut Spraw Społecznych w Warszawie zamierza zwołać specjalną konferencję lekarzy w sprawie higjeny pracy w Polsce. Ma się ona odbyć w marcu 1935 r. Poświęcona ma być konieczności utworzenia stanowisk lekarzy fabrycznych, jako pierwszego kroku na drodze do organizowania służby higjeny i bezpieczeństwa pracy na terenie fabryk i większych warsztatów pracy. Inicjatywa ta zasługuje na jaknajgorętsze poparcie ze strony całego społeczeństwa.

POLSKI APARAT PRZECIWKO PYLICY KRZEMOWEJ.

W przemyśle metalowym znajdują coraz szersze zastosowanie t. zw. piaskownice. Są to przyrządy, których używa się do czyszczenia i polerowania odlewów żeliwnych i stalowych. Wyrzucają one przy pomocy sprężonego powietrza z wielką siłą strumień piasku, który ściera nierówności i zanieczyszczenia z powierzchni odlewów. Dawniej pracę tę wykonywano ręcznie, dłutkiem, szczotką metalową lub pilnikiem. Była to praca bardzo mozolna i kosztowna, dzięki zaś dmuchawkom piaskowym odbywa się ona dziś szybko, dokładnie i tanio.

Piasek z dmuchawki wyrzucany jest pod ciśnieniem 3 — 4 atmosfer, powstaje więc przy czyszczeniu metali duża ilość drobnego pyłu piaskowego. Pył unosi się w powietrzu przez czas dłuższy, to też zarówno robotnicy, zatrudnieni bezpośrednio przy piaskownicach, jak i robotnicy, zatrudnieni w pobliżu komór piaskownic, wciągają do płuc drobne cząsteczki pyłu krzemowego.

Pyłki krzemowe posiadają wymiary kilku mikronów, a nawet i ułamków mikrona. Tak małe cząsteczki dostają się z łatwością do małych oskrzeli i pęcherzyków płucnych i tu, w tkance płucnej, odkładają się złogi tego pyłu. Powstaje jedna z najgroźniejszych chorób zawodowych — pylica krzemowa.

Pylica krzemowa jest chorobą bardzo zdradliwą, gdyż w pierwszych latach daje nieznaczne objawy podmiotowe, a często uchodzi też badaniu lekarskiemu, bo wykryć ją można tylko zapomocą prześwietlenia promieniami Roentgena. Niekiedy przebiega samoistnie, bez komplikacyj i już wówczas może doprowadzić do śmierci; w Anglji np., jak podaje sprawozdanie Inspekcji pracy z 1931 r., zanotowano 89 takich zgonów. Znacznie jednak częściej na podłożu pylicy krzemowej rozwija się gruźlica płuc i ta powiększa dzieło zniszczenia. Jak bardzo narażony jest robotnik, pracujący w pyle piaskowym, na gruźlicę, podaje również statystyka angielska: na 1000 zgonów na gruźlicę robotników niewystawionych na działanie pyłu piaskowego, umiera na nią 12,607 górników miedzi i cyny, pracujących w atmosferze pyłu piaskowego. Dodać należy, że pylica krzemowa grozi nietylko robotnikom przemysłu metalowego, lecz także kamieniarzom, szlifierzom, górnikom i innym zawodom. I tu chorobę tę oddawna już spostrzegano.

Ochrona robotników, pracujących w atmosferze pyłu piaskowego, jest bardzo trudna. Najczęściej stosuje się maski, hełmy i kaptury ochronne, zakładane na twarz, które mają zatrzymywać cząsteczki pyłu. Ale filtry te, jak uczy doświadczenie, bardzo szybko zapychają się piaskiem i robotnik, pracujący w masce, odczuwa duszność, zrzuca ją przeto i, niedoceniając niebezpieczeństwa, oddycha powietrzem, przesyco-

nem pyłem. Zwykle i kierownik robót nie ocenia w pełni wpływu pyłu na zdrowie, praca więc odbywa się bez żadnych środków ochronnych.

W związku z rozpowszechnianiem się w Polsce użycia piaskownic, które zwiększają niepomiernie niebezpieczeństwo pylicy krzemowej, dr. Hummel podał w „Inspektorze Pracy" opis nowego aparatu ochronnego dla robotników zajętych przy piaskownicach, skonstruowanego w jednej z fabryk podwarszawskich.

Aparat ten jest to t. zw. skafander. Składa się on z dużego, wygodnego hełmu, do którego doprowadzane jest rurą gumową świeże powietrze z poza komory piaskownicy, i z bluzy, szczelnie łączonej przy szyi z krawędzią hełmu, przewiązanej w pasie i na rękawach u napięstków. Ciśnienie powietrza doprowadzanego musi być nieco wyższe od powietrza w komorze piaskownicy; dzięki temu pył otaczający nie może przedostać się pod bluzę.

Zaletą konstrukcji polskiej tego przyrządu jest właśnie połączenie hełmu z bluzą (skafandry francuskie mają kołnierze uszczelniane przy szyi), dzięki czemu osiąga się pewniejszą ochronę od pyłu już nietylko dróg oddechowych, lecz także znacznej części ciała. Robotnicy w skafandrach tych czują się dobrze i chętnie z nich korzystają; zyskuje na tem wydajność pracy.

Skafander ten ze względu na zalety konstrukcji powinien znaleźć jaknajszersze zastosowanie w przemyśle polskim.

HIGJENA I BEZPIECZEŃSTWO PRACY W POLSKIEJ FABRYCE.

Na tle nieszczególnych naogół warunków higjeny i bezpieczeństwa pracy w przemyśle polskim, dość wyraźnym kontrastem odbija się akcja opieki społecznej i zdrowotnej nad robotnikami zatrudnionymi w Wojskowym Zakładzie Pirotechnicznym w Rembertowie. O akcji tej i jej wynikach informuje dr. B. Muszkatblat w „Warszawskiem Czasopiśmie Lekarskiem".

Od chwili przejęcia fabryki w 1933 r. przez wojskowość zapoczątkowano racjonalną opiekę zdrowotną nad zatrudnionymi w fabryce robotnikami. Akcja ta miała na celu podniesienie stanu zdrowia robotników przez poprawę warunków pracy i właściwą jej organizację oraz zwalczenie nieszczęśliwych wypadków przy pracy, pochłaniających tyle niepotrzebnych ofiar i przysparzających społeczeństwu tylu kalek.

Pierwszym etapem tej akcji było utworzenie stanowiska lekarza fabrycznego, higjenisty, który ma za zadanie zapobieganie chorobom zawodowym i niesienie pomocy w wypadkach przy pracy. Lekarzowi temu polecono gruntownie zbadać stan zdrowia całej załogi robotniczej oraz wspólnie z technikami — warunki pracy i na podstawie wyników tych badań zorganizować pracę tak, aby jaknajskuteczniej zabezpieczyć każdego robotnika przed nieszczęśliwemi wypadkami i chorobami zawodowemi, fabrykę zaś uchronić przed stratami.

Reorganizacja ta trwała 6 miesięcy; brali w niej udział, oprócz lekarza, kierownicy poszczególnych działów fabryki, kierownik inspekcji fabrycznej oraz zastępca kierownika stacji doświadczalnej. Była to więc cała komisja higjeny i bezpieczeństwa pracy. Po dokładnem przedyskutowaniu planu organizacji pracy wydano odpowiednie zarządzenia.

W obecnej chwili organizacja opieki zdrowotnej nad robotnikami przedstawia się następująco: każdy robotnik przed przyjęciem podlega badaniu lekarskiemu w celu określenia, do jakiego rodzaju pracy nadaje się on najlepiej.

Co pewien czas każdy robotnik poddawany jest badaniu kontrolnemu, aby sprawdzić, czy odpowiada mu nadal dany rodzaj pracy. W razie wyniku ujemnego przenosi go się do innego działu pracy, względnie leczy się zapobiegawczo. w pierwszym okresie choroby, zanim cierpienie wybuchnie z całą siłą.

Praca w niektórych oddziałach obfituje w niebezpieczeństwa, których usunąć się nie da, np. nie do uniknięcia bywa stykanie się z substancjami trującemi. Lekarz fabryczny obmyśla środki ochronne i zapobiegawcze przed działaniem tych jadów, nakazuje noszenie ubrań ochronnych, rękawic, masek, okularów i t. p. Oprócz tego dba o stan zdrowotny wszystkich pomieszczeń fabrycznych, o dobrą wentylację, oświetlenie, o czystość i t. d.

Do zadań lekarza należy wreszcie propaganda higjeny wśród robotników. Co tydzień wygłasza on pogadankę na tematy aktualne, uświadamia robotników o grożących im niebezpieczeństwach i konieczności ochrony zdrowia, wywiesza w miejscach niebezpiecznych plakaty ostrzegawcze i t. p.

Oprócz tej działalności, związanej ściśle z higjeną pracy, zorganizowano na terenie Wojskowych Zakładów Pirotechnicznych opiekę nad matką i dzieckiem, kuchnię fabryczną i kursy ratownictwa. Cała ta akcja, chociaż trwa niedługo, przyczyniła się do podniesienia stanu zdrowia robotnika, jego stanu fizycznego i samopoczucia moralnego oraz do udoskonalenia metod pracy i zwiększenia jej wydajności. Poważne zyski odniosły więc obie strony: robotnik i fabryka.

Oby ten przykład stał się impulsem dla całego przemysłu polskiego do organizowania służby higjeny i bezpieczeństwa pracy i utworzenia stanowisk lekarzy fabrycznych, będących niezbędnym czynnikiem zapoczątkowania tej doniosłej kulturalnie i gospodarczo akcji.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.